

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE DO MINHO

Aleitamento Materno

UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Lídia Cardoso

Dissertação de Mestrado em Educação
(especialização em Educação para a Saúde)

Sob a orientação do
Profesor Doutor José João Pinhanços de Bianchi
(Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)

BRAGA

2006

DISSERTARÇÃO EXPRESSAMENTE ELABORADA
PARA SER APRESENTADA À UNIVERSIDADE DO MINHO
COMO REQUISITO PARCIAL PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**A Deus,
Criador, compassivo e amigo maior,
pela escuta silenciosa e o olhar bondoso,
apontando os nossos caminhos.
Sem ele, nada.**

**À minha Tia,
por tudo! A sua presença em mim,
dia-a-dia, vence a dor da saudade...
Pela determinação e perseguição das intenções deixadas,
um exemplo que o tempo não apaga!**

**Ao Moreira,
marido e companheiro de todas as horas,
pelo incentivo e o ombro amigo, sem tréguas...**

**À Ana Luísa e à Liliana,
sem as quais não teria sentido a luta e o brilho das vitórias.
Amores sem precedentes, nem substitutos.**

**Às Mães deste estudo,
pela solidariedade e permissão do auxílio, sem troca.
Sem elas nada teria começado...
Seria só a vontade.**

“O Amor é sem dúvida , a experiência mais importante na vida de um ser humano”

Ashley Montagu

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José João Bianchi, meu orientador, quem melhor alia a mente de um cientista à alma de um “ser gente”, pela sua paciência, o meu agradecimento.

À Professora Doutora Maria João Pinto Monteiro, minha amiga, mestre de profissão, solícita por excelência, amiga por convicção, a quem muito devo.

À Professora Doutora Anabela Ramalho, a quem Deus presenteia com a combatividade de um guerreiro e a criatividade de um artista, e que ela insiste em compartilhar com tantos. Se não fosse o seu incentivo, este projecto teria sido adiado.

Ao Dr. Reis Morais, pediatra do Hospital Distrital de Chaves, pelo seu conselho e incentivo, a minha gratidão.

Ao Administrador e Enfermeira Directora do Hospital Distrital de Chaves, pois sem o seu consentimento teria que mudar de rota.

À Dr^a Arminda Mendes, pela paciência e carinho, sem direito ao esquecimento.

À Teresa, pelo carinho e amizade dispensados, o meu agradecimento.

Aos meus colegas de Mestrado, que nos permitiram retroceder no tempo, quando entre um passeio e outro, alegrámos os nossos sonhos e celebrámos a arte de viver e conviver.

Agradeço também, sem excepções, a todos aqueles que, através das suas sugestões, dúvidas e críticas, me ajudaram a tornar mais completa e clara a informação presente nesta dissertação.

Aleitamento Materno

**UMA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

RESUMO

O que é que leva algumas mães a iniciar, ou a não iniciar, a amamentação dos seus filhos recém-nascidos? E o que é que faz com que certas mulheres continuem a amamentar e outras desistam de o fazer? Estas questões foram o ponto de partida para a realização de um estudo que incluiu duas tarefas:

- a revisão de literatura relevante para a determinação do “estado da arte” neste domínio, visando inventariar os factores, consequências e efeitos, mais frequentemente referidos, e ensaiar um balanço das expectativas que os problemas relativos à alimentação dos lactentes têm suscitado na sociedade contemporânea;
- uma pesquisa empírica, assente na auscultação das 173 mães das crianças nascidas, entre Setembro de 2004 e Janeiro de 2005, no Hospital Distrital de Chaves, com o intuito de estimar a incidência e a prevalência, ao fim de 4 meses, do aleitamento materno (AM), na população servida por aquela instituição, no período considerado, e de identificar aspectos relevantes para a explicação das atitudes e dos comportamentos das mulheres inquiridas, no âmbito do AM.

Da análise dos dados recolhidos, resultou:

- que a prevalência do AM pode ser favorecida por a gravidez ter sido desejada pela mãe, por esta ter recebido informação sobre o AM durante a gestação, pela precocidade do contacto da puérpera com o recém-nascido, pelo alojamento conjunto mãe-filho, pela amamentação exclusiva do recém-nascido durante o internamento pós-parto (efeitos estatisticamente significativos com $\alpha=0,05$);
- a mãe considerar (no período de internamento) que o AM poderia dificultar o seu dia-a-dia revelou ter efeitos negativos, estatisticamente significativos ($\alpha=0,05$), sobre a prevalência do AM;
- aos 4 meses de vida, não foi detectada qualquer diferença estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$), entre os lactentes, nas características antropométricas avaliadas (peso, estatura e perímetro cefálico), quer continuassem a ser amamentados, quer não.

ABSTRACT

What is it that takes some mothers to initiate, or not to initiate, breast-feeding of its just-born children? And what is it that makes that certain women continue to breast-feed and others to give up from doing so?

These questions were the starting point of this study that included two main tasks:

- the review of the relevant literature to determine the “state of the art” in this field, aiming at to inventory the factors, the consequences and the effects more often mentioned, and to try a thorough analysis of the expectations and problems related to suckling babies feeding have stirred up on contemporary society;
- an empirical research, based in the auscultation of the 173 mothers of children born, between September 2004 and January 2005, at the Hospital Distrital of Chaves, with the intention of esteeming the incidence and the prevalence, after 4 months, of breast-feeding, in the population served by that institution, in the considered period, and to identify relevant aspects to explain the attitudes and behaviours of the inquired women, in the scope of breast-feeding.

The collected data allow the following conclusions:

- mother’s desired pregnancy, mother to have received information on breast-feeding during pregnancy, early contact mother-child, rooming-in and the newly-born being suckled exclusively during the hospital stay after-childbirth, showed positive effects, statistically significant ($\alpha=0,05$), about the prevalence of breast feeding;
- mother considering (during the period of hospital stay) that breast-feeding could make it difficult her daily routine, showed negative effects, statistically significant ($\alpha=0,05$), about the prevalence of breast feeding;
- at 4 months, it was not detected any statistically significant difference ($\alpha=0,05$) between suckling babies, whether they continued to be breast-fed or not, in the anthropometric characteristics evaluated (weight, height and cephalic perimeter).

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. Contexto.....	7
2. Objecto.....	10
3. Organização	11
PARTE I.....	13
1. A noção de saúde	15
• Saúde e doença.....	15
• Saúde e espiritualidade.....	16
• Saúde e comportamento	16
• Saúde e Medicina Social	17
• Um conceito global e integrador	19
2. Educar para a saúde	21
2.1. A noção de educação.....	21
• Melhoria ou aperfeiçoamento	21
• Intencionalidade	22
• Multidimensionalidade.....	23
• Unidade e cumulatividade.....	24
• Humanização.....	25
• Intersubjectividade	26
• Desenvolvimento da pessoa humana	27
2.2. Educação e promoção da saúde	27
• Educação e saúde	27
• A «segunda revolução» da Saúde Pública	28
• Promoção da saúde comunitária	29
• A noção de educação para a saúde.....	30
• Finalidades e objectivos da educação para a saúde.....	30
• Níveis e formas de actuação da educação para a saúde	31
• Educação para a saúde e aleitamento materno.....	34
3. O aleitamento materno.....	35
3.1. Fisiologia da lactação.....	35
3.2. O leite materno.....	36
3.3. Colostro, leite de transição e leite maduro	37
4. Vantagens e contra-indicações do aleitamento materno.....	39
4.1. Vantagens do aleitamento materno	39
• Vantagens nutricionais e digestivas	40
• Vantagens imunológicas e metabólicas	42
• Vantagens no plano do desenvolvimento psicológico, sensorial e motor.....	44
• Vantagens para a mãe	47
• Vantagens económicas.....	48
• Vantagens ecológicas.....	48
4.2. Contra-indicações do aleitamento materno.....	49
• Contra-indicações temporárias.....	49
• Contra-indicações definitivas.....	50
4.3. Até quando amamentar?.....	51
4.4. O direito a amamentar.....	55

PARTE II.....	59
1. Incidência e prevalência do aleitamento materno.....	61
1.1. O quadro geral.....	61
1.2. A situação portuguesa.....	62
2. Sucesso e insucesso no aleitamento materno.....	65
2.1. Factores de insucesso ou de sucesso.....	66
• Idade da mãe.....	66
• Nível social e grau de escolaridade.....	67
• A influência do cônjuge e de outras pessoas significativas.....	68
• Efeitos da comunicação social.....	71
2.2. Factores de insucesso.....	73
• Urbanização e alteração das estruturas familiares.....	74
• O trabalho fora de casa.....	77
• Apoio insuficiente dos serviços de saúde.....	78
• Razões emocionais e experiências prévias.....	80
• Auto-imagem e preocupação estética com o corpo.....	81
• Preconceitos e problemas no plano da sexualidade.....	82
• Dificuldades fisiológicas e comportamentais.....	83
2.3. Factores de sucesso.....	85
• Políticas activas de promoção do aleitamento materno.....	86
• Precocidade da decisão de amamentar.....	95
• Alojamento conjunto.....	96
• Precocidade do contacto mãe-filho.....	98
• Apoio durante o parto e no pós-parto.....	99
• Educação para a saúde.....	103
PARTE III.....	107
1. Metodologia.....	109
1.1. O problema.....	109
• Perguntas de partida.....	109
• Justificação e finalidades da pesquisa.....	110
• Objectivos.....	111
• Tipo de investigação.....	112
• Questões de investigação e hipóteses orientadoras.....	112
1.2. Amostra.....	115
1.3. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	116
• Aspectos ou dimensões do problema (identificação de variáveis).....	116
• Operacionalização das variáveis e colecta de dados.....	118
2. Apresentação e discussão de resultados.....	119
2.1. Caracterização da amostra.....	119
• Características das mães.....	119
• Incidência e prevalência do AM.....	121
2.2. Condições favoráveis e desfavoráveis ao sucesso no AM.....	123
• Factores influentes na incidência do AM.....	123
• Factores influentes na prevalência do AM.....	125
• Efeito do AM sobre o crescimento dos RN.....	126
3. Conclusões.....	127
BIBLIOGRAFIA.....	131
ANEXOS.....	151

INTRODUÇÃO

Contexto, objecto e organização da dissertação

INTRODUÇÃO

Contexto, objecto e organização da dissertação

1. CONTEXTO

Hoje é uniformemente aceite que a adequada nutrição nos primeiros anos de vida e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis contribuem decisivamente para um bom estado de saúde da criança e para a prevenção de muitas situações patológicas no adulto.

É bem sabido que a amamentação assumiu desde sempre um papel fundamental na sobrevivência humana (Ferráez de Lee, 1998) e que, durante dezenas ou centenas de milhares de anos, nunca, ou muito raramente, se recorreu a sucedâneos do leite materno (Félix, 2000). A suficiência da amamentação, como único meio de alimentação, no período inicial da infância, é, pois, algo que se pode inferir com segurança da mera constatação da continuidade da espécie (Northrup, 2004) e não é demasiado custoso admitir que tenha desempenhado um papel na antropogénese, tal como, de certo, influiu na selecção natural dos mamíferos em geral.

Nas sociedades tradicionais, o nascimento e o desenvolvimento inicial das crianças ocorria, quase sempre, no seio de estruturas familiares alargadas que facilitavam a conservação de tradições e a aquisição de hábitos favoráveis à amamentação (Manzanares, Sanz e López, 1997), para a qual, aliás, poucas alternativas havia. Com efeito, apesar de a criação de animais produtores de leite ter uma história com cerca de 10 mil anos (Serrano González, 2002), somente nos finais do Século XIX, pelo menos no que respeita à Europa, terá começado a usar-se o leite de um deles – a vaca, a cabra ou a jumenta – para, de forma continuada e relativamente generalizada, substituir ou complementar o leite da mulher, durante os primeiros meses de vida (Pereira, 2000). Para essa generalização terá concorrido determinantemente a descoberta da esterilização, por Pasteur (Vinagre, Diniz, e Vaz, 2001; Aguilar Cordero, 2005a), permitindo reduzir alguns riscos do aleitamento artificial, como o de morbilidade gastrointestinal, cujo reconhecimento ancestral ajudará a perceber por que razão, durante muito tempo, a sua

prática terá sido pouco difundida, muito embora haja evidência directa, baseada em vestígios arqueológicos, de que, em certas regiões das penínsulas grega e italiana, por volta de 4000 a.C., já se usavam biberões, presumivelmente para dar leite animal a crianças humanas, e evidência indirecta, baseada em narrativas tradicionais e na mitologia, da existência de crianças que mamaram em animais (Short, 1997), tal como é historicamente conhecido que o desmame precoce, ocasionalmente recomendado em textos médicos medievais (Short, 1997), chegou a ser relativamente frequente, em diversos tempos e lugares, por exemplo em Inglaterra, entre os Séculos XVI e XVIII, e em França, na segunda metade do Século XVIII, sobretudo nos estratos sociais extremos, mais baixos e mais elevados (Neto e Vaz, 1992; Fonseca, 2000).

De qualquer modo, “Em 1911 foi obtido o leite em pó, iniciando a era do aleitamento artificial” (Vinagre, Diniz, e Vaz, 2001: 342). Mais tarde, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial, primeiro na Europa e na América do Norte e depois no resto do Mundo, uma constelação de múltiplos e diversos factores económicos, sociais e culturais – mormente a alteração da posição das mulheres na sociedade e as mudanças ocorridas nas formas de organização das famílias, na imagem pública e na vivência pessoal da sexualidade e nas atitudes e representações sociais directamente relacionadas com a reprodução e a maternidade – foi incrementando a utilização de leites de fórmula ou adaptados, cuja produção industrial remonta aos anos de 1930, ao mesmo tempo em que se foram popularizando dúvidas sobre a conveniência preferencial da amamentação, tendo como consequência óbvia o declínio da taxa de aleitamento materno que, por exemplo nos Estados Unidos, estudos epidemiológicos retrospectivos revelaram ter sido especialmente acentuado entre 1955 e 1970 (Figueiredo, 2001) ou 1972, ano em que se registou o valor mais baixo de sempre, 22%, no número de puérperas que iniciaram a amamentação (Ryan, 1997, cit. por Fonseca, 1999).

A partir dos inícios da década de 1970, porém, foi-se desenvolvendo, em todo o Mundo, um significativo conjunto de iniciativas destinadas a reabilitar a prática do aleitamento natural, nomeadamente no plano das políticas de saúde pública que, em determinado momento, espalhadas por contraditórias tensões sócio-económicas, tinham chegado a promover activamente o aleitamento artificial:

Embora a maternidade seja uma actividade radicalmente produtiva, dá infelizmente pouco lucro, pelo que tende a ser eliminada pela concorrência. Entre a amamentação e o risco de desemprego, opta-se pela solução mais fácil – o biberão. Iludindo a solução radical – o reconhecimento do valor social da

maternidade – optou-se pela solução tecnológica dos “leites gratuitos”, politicamente neutra e facilmente recuperada pelo sistema (Carmona da Mota, 1976: 132, cit. por Fonseca, 1999: 12).

Desde então, com o propósito de incentivar o aleitamento materno, foram estabelecidos diversos acordos internacionais, subscritos por um grande número de países, ilustrados por três documentos capitais: a Declaração OMS/UNICEF, assinada em 1979, que alertou para os efeitos negativos do desmame precoce, o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno, aprovado por 118 países, em 1981, e a aceitação, em 1991, pela Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos Infantis, da cessação da distribuição gratuita, ou a preço reduzido, de leites artificiais aos serviços materno-infantis (Araújo, 2000).

Em Portugal, nos começos dos anos de 1990, a taxa de amamentação à nascença era estimada como bastante elevada e continuava a aumentar lentamente, embora se observasse uma queda acentuada nos primeiros tempos de vida da criança, principalmente a partir do primeiro mês (Neto Alves e Almeida, 1992).

Uma década mais tarde, segundo Bértolo e Levy (2002), os dados disponíveis (evidentemente incompletos, dada a inexistência, ainda hoje, de estatísticas exaustivas que permitam caracterizar exactamente a situação portuguesa neste domínio) sugeriam que mais de 90% das mães portuguesas iniciavam o aleitamento materno, mas continuava a observar-se uma interrupção cedia da amamentação, com quase metade das mães a desistirem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida dos seus filhos.

Acreditando que as circunstâncias não se terão alterado significativamente nos últimos anos, talvez se possa considerar actualizado o quadro traçado pela Direcção-Geral de Saúde, em 1997, e aceitar que, apesar de a quase totalidade das mães conhecer as vantagens do aleitamento materno e declarar que está decidida a iniciá-lo, e de a percentagem de bebés que, aquando da alta da maternidade, estão a ser amamentados exclusivamente ser muito elevada, a partir dos quinze dias de vida se dá um decréscimo desta percentagem, aparentemente relacionado com problemas técnicos, insegurança, receios, stress, menor produção de leite ou má progressão ponderal do recém-nascido, fazendo com que o desmame precoce continue a ser uma realidade.

As consequências da interrupção prematura do aleitamento materno, consensualmente considerado a maneira mais segura, mais simples e menos dispendiosa de assegurar a nutrição completa do bebé, são naturalmente preocupantes, quando se têm

presentes as razões subjacentes à recomendação de que ele seja mantido, como prática alimentar exclusiva, pelo menos ao longo do primeiro semestre de vida:

A Secção de Amamentação da Academia Americana de Pediatria, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, a Academia Americana de Médicos de Família, a Academia de Medicina da Amamentação, a OMS, a UNICEF, e muitas outras organizações de saúde recomendam a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida. A amamentação exclusiva é definida como um consumo de leite humano pela criança, sem suplementos de qualquer tipo (nem água, nem sumos, nem leite não humano, nem quaisquer outros alimentos), excepto vitaminas, minerais e medicamentos. A amamentação exclusiva mostrou fornecer protecção acrescida contra muitas doenças e contribui para aumentar a probabilidade de amamentação continuada pelo menos durante o primeiro ano de vida (American Academy of Pediatrics, 2005).

2. OBJECTO

O que é que leva algumas mães a iniciar, ou a não iniciar, a amamentação dos seus filhos recém-nascidos e, mais do que isso, o que é que faz com que certas mulheres continuem a amamentar e outras desistam de o fazer? Que características têm umas e outras? Em que medida, essas características podem ajudar a prever comportamentos neste domínio? Como é que as respostas às perguntas anteriores podem contribuir para intervenções que favoreçam o início e o prolongamento da amamentação?

As questões apresentadas forneceram o ponto de partida para o estudo que se dará a conhecer nesta dissertação. Para lhes responder foram realizadas duas tarefas complementares e interligadas:

- a revisão de um conjunto de textos publicados, tanto quanto possível representativos do actual estado de conhecimento sobre o aleitamento materno, com vista a caracterizar esta temática, inseri-la no contexto que se quis relevar – a educação para a saúde – e inventariar as suas causas, ou factores condicionantes, mais frequentemente referidas na literatura pertinente, e as suas consequências e efeitos, na saúde individual e colectiva, bem como a ensaiar um balanço das expectativas que os problemas relativos à alimentação dos lactentes têm suscitado na sociedade contemporânea;
- uma pesquisa empírica, assente na auscultação de uma amostra, composta pelas mães das crianças nascidas, entre Setembro de 2004 e Janeiro de 2005, no Hospital Distrital de Chaves, com o intuito de estimar a incidência e a prevalência, ao fim de quatro meses, do aleitamento materno, na população ser-vida por aquela instituição, no período considerado, e de identificar aspectos

relevantes para a explicação das atitudes e dos comportamentos das mulheres inquiridas, no âmbito do assunto eleito como objecto de investigação.

3. ORGANIZAÇÃO

No seguimento desta introdução e a anteceder as referências bibliográficas e um apêndice, em que se anexa um conjunto de elementos acessórios para a compreensão da pesquisa empírica efectuada, o corpo principal da dissertação tem três partes.

A Parte I – Enquadramento conceptual é composta por cinco capítulos:

- “A noção de saúde” e “Educar para saúde”, redigidos no intuito de aclarar o sentido e o alcance de algumas ideias estruturantes da perspectiva em que se apreende o aleitamento materno como uma questão de educação para a saúde;
- “O aleitamento materno” e “Vantagens e contra-indicações do aleitamento materno”, destinados a sistematizar informações básicas sobre o que sabe e o que se pensa, na área em apreciação;
- e “Incidência e prevalência do aleitamento materno”, em que se busca compendiar os dados disponíveis sobre a prática da amamentação, com realce da situação que se observa em Portugal e da sua evolução em anos recentes.

A Parte II – Tema nuclear da dissertação é formada por um só capítulo, “Sucesso e insucesso no aleitamento materno”, que se desdobra em três subcapítulos:

- “Factores de insucesso ou de sucesso”;
- “Factores de insucesso”;
- e “Factores de sucesso”.

A Parte III – Estudo empírico das condições de sucesso no aleitamento materno numa amostra de mães do concelho de Chaves (Setembro de 2000 – Janeiro de 2005), visando relatar a pesquisa levada a cabo e apresentar os resultados obtidos, desenvolve-se em três capítulos:

- “Metodologia”, em que se procede à formulação do problema de investigação, se define a amostra seleccionada e se apresentam os instrumentos usados e os procedimentos seguidos na recolha de dados;
- “Apresentação e discussão de resultados”, em que se caracteriza a amostra estudada e se identificam condições favoráveis e desfavoráveis ao sucesso no aleitamento materno;
- e “Conclusões”.

PARTE I

Enquadramento conceptual

PARTE I

Enquadramento conceptual

1. A NOÇÃO DE SAÚDE

O termo saúde provém do latim *salus - salutis* e refere, quer o estado em que o organismo exerce normalmente todas as suas funções (Perea Quesada, 2005), o equilíbrio psicológico e, em geral, todas as condições de activa adaptação aos meios físico e social.

Cada indivíduo tem a sua própria percepção da saúde, enquanto estado individual ou colectivo, enquadrada pelos conceitos vigentes nos seus grupos de referência e pelas suas experiências pessoais, cujo significado depende de factores culturais, sócio-económicos e religiosos (Foster e Anderson, 1978, cit. por Perea Quesada, 2005).

Enquanto factor essencial do desenvolvimento humano (Buss, 2004), a saúde tem sido continuamente valorizada e procurada ao longo da vida da humanidade, embora sob formas muito diversas, em função do sistema social e dos conhecimentos e crenças prevalecentes em cada conjuntura histórica, da leitura que cada pessoa faz de si e do mundo e da forma como assume a responsabilidade social de contribuir para o seu bem-estar individual e para o bem comum.

• Saúde e doença

No passado, a saúde foi, muitas vezes, considerada como o contrário da doença e a conceptualização desta foi, de modo igualmente frequente, exclusivamente centrada nas perturbações físicas ou biológicas e encarada como um acontecimento accidental que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reacção que pudesse evitá-lo (Larrea e Plana, 1993). Contudo, Perea Quesada (2005) recorda que doença não é simplesmente o oposto de saúde, ainda que a primeira corresponda a uma perda da segunda.

Inicialmente identificada com a ideia restrita de ausência de doença, a noção de saúde foi-se alargando, ao longo dos tempos, não só em função da emergência de dife-

rentes concepções de doença, mas também graças às transformações científico-tecnológicas, económicas, sociais, culturais e políticas que redefiniram as condições e os quadros axiológicos de apreciação do viver humano, desembocando num conceito tão amplo quanto o recentemente proposto pela Organização Mundial de Saúde que a define como “a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve” (OMS, 1986, cit. por Ribeiro, 1998: 80).

• Saúde e espiritualidade

Em 1999, a OMS acrescentou a “dimensão espiritual” (Machado, cit. por Oliveira, 2004: 29) à noção de saúde, reconhecendo a importância dos aspectos espirituais para o bem-estar da pessoa. Assim, para Fryback e Reinert (1999), se os profissionais de saúde ignorarem certos aspectos dos doentes, não estão a cuidar da pessoa na sua globalidade, dado que o cuidado espiritual deve ter em conta o vasto número de experiências da história de cada pessoa, os seus sucessos e fracassos, alegrias e tristezas, tal como os diversos momentos de força e fraqueza.

É frequente tomar a visão espiritual da vida como sinónimo de religião. Nada de mais errado, pois, como esclarece Atkinson e Murray (1989), religião “é uma crença no sobrenatural” e a espiritualidade “é uma qualidade mais ampla do que a anterior, tenta obter inspiração, reverência e respeito, mesmo dos que não acreditam em nenhum Deus”. A espiritualidade engloba várias dimensões – mistério, amor, sofrimento, meditação – assim como uma disposição activa de obtenção de alívio do medo e da preocupação, de reajustamento às pequenas alegrias do dia-a-dia e de descoberta de uma finalidade e de um significado para a vida (Benson e Stark, 1998). Nesta ordem de ideias, a dimensão espiritual da pessoa ultrapassa as dimensões físicas e psicossociais da vida humana, tornando-a abrangente. A espiritualidade faz parte da pessoa, representa a sua totalidade como ser, expressa-se e revela-se, por exemplo, nas coisas que uma pessoa valoriza, no modo como toma conhecimento da existência das outras pessoas, na forma como as trata e no cuidado que presta a si própria e aos outros. A espiritualidade é, portanto, um vector determinante de responsabilidade pela saúde própria e alheia.

• Saúde e comportamento

Matarazzo (1980) define a saúde comportamental como um campo interdisciplinar, cujo fim é a promoção daquela filosofia da saúde que estimula a responsabilidade

individual para a aplicação dos conceitos e técnicas derivadas das ciências biomédicas e comportamentais para a prevenção de doenças e disfunções e para a manutenção da saúde, através da iniciativa individual e das iniciativas sociais. A vinculação da ideia de saúde à ideia de comportamento é praticamente aceite na sua totalidade. A saúde ou é saúde comportamental ou não é nada, do mesmo modo que, em outros tempos, a doença era lesão orgânica ou não era nada (Czeresnia e Freitas, 2004). Se anteriormente se definia a doença em função da patologia, agora define-se a saúde em função do comportamento.

A Oficina Regional para a Europa (1986) apresenta a saúde como “a capacidade de realização pessoal e de responder positivamente aos desafios do ambiente”. Tanto a saúde, como a doença, sendo formas pelas quais a vida se manifesta (Czeresnia e Freitas, 2004), provêm, não só do património genético, mas também das reacções do nosso equipamento biológico aos estímulos múltiplos e diversos do ambiente ecológico e humano que é, simultaneamente, físico, biológico, psicológico, social e cultural (Hernan San Martín, 1988).

Também Illich (1977: 15) sustenta que a saúde é “a capacidade de adaptação ao meio em mudança; a capacidade de crescer, de envelhecer, curar-se; a capacidade de sofrer e esperar a morte em paz”, noção em que se destaca a referência à capacidade da pessoa, valorizando a autonomia, assim como o autocuidado. O mesmo autor considera que o sofrimento e a morte são partes integrantes da vida e argumenta que se pode viver em saúde, ainda que se sofra, sempre que o sofrimento não debilite, fragilize ou subestime a pessoa. Na mesma linha de pensamento, Rosch e Thompson (1991, cit. por Oliveira 2004) referem que

... quando pessoas consideradas doentes, que aprenderam a reconhecer e a aceitar esta interacção holista saúde-doença, nos dão testemunho dessa sua vivência de aceitação, criação e aprendizagem contínuas, elas tornam-se exemplo educativo por excelência. Todos podemos tentar encontrar esta enacção nas nossas vidas e na daqueles que connosco constroem acopulativamente um mundo de significação.

• Saúde e Medicina Social

Aproximamo-nos, assim, de um conceito global e dinâmico, situado num plano integrador do meio ecológico, da sociedade e da pessoa multidimensionalmente percebida, como entidade material e espiritual, uma concepção holística, em que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso para o progresso e o desenvolvimento individuais e colectivos, mobilizando “o conjunto de condições físicas, psíquicas e

sociais que permitem à pessoa desenvolver e exercer todas as suas faculdades em harmonia com o seu próprio meio” (Perea Quesada, 2005: 15).

A esta luz, a Medicina Social, iniciada no Século XIX, reforça a sua importância e amplia o seu objecto, inserindo o estudo dos casos de doença numa perspectiva abrangente, atenta ao comportamento das pessoas e ao ambiente familiar e ao meio onde vivem e trabalham, e a metodologia epidemiológica, nos começos exclusivamente circunscrita ao estudo das doenças transmissíveis, passa a ser largamente utilizada em estudos sobre doenças não transmissíveis de evolução prolongada, procurando conhecer as condições em que a probabilidade de adoecer é maior, através da consideração de factores potenciais, situados muito além da ordem estritamente biológica.

Segundo Limón Mendizabal (2004), em 1974, Lalonde, pioneiro da moderna promoção da saúde no Canadá, construiu um modelo para investigar a saúde das populações, baseado na interacção de quatro factores:

- biologia humana (envelhecimento e genética);
- meio ambiente físico e social (contaminação, pobreza, marginalização);
- estilos de vida (consumo de drogas, exercício físico, alimentação);
- sistema de saúde (qualidade e acessibilidade).



Figura 1. Modelo dos Determinantes da Saúde de Lalonde (Limón Mendizabal, 2004)

Na opinião de Lalonde (cit. por Limón Mendizabal, 2004), a maioria dos esforços e a maior parte dos gastos para melhorar a saúde, na sociedade canadiana, concentraram-se na organização de cuidados médicos. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de doença e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem assen-

tava fundamentalmente nos três outros componentes: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

Com base no Modelo dos Determinantes da Saúde de Lalonde (Figura 1), Denver (cit. por Limón Mendizabal, 2004) estudou a mortalidade nos Estados Unidos da América, em 1978, tendo concluído que as mortes associadas à biologia humana, foram responsáveis por somente 27% dos óbitos, enquanto a eficácia conjunta dos estilos de vida e do meio ambiente foi de 62%.

É difícil separar os estilos de vida e o ambiente (Piedrola Gil, 1994). Como alerta a OMS (1985, 62), “ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e as componentes de estilos de vida específicos”, porém, isso não invalida o reconhecimento, feito no mesmo lugar, de que “Numerosos estilos de vida favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e protegem o indivíduo do *stress*. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde”.

• Um conceito global e integrador

A adopção de comportamentos que harmonizem a pessoa consigo mesma e com o mundo em que vive não é apenas um factor de manutenção da saúde, é mesmo um dos seus constituintes fundamentais e a expressão mais directa e incontroversa da sua existência, permitindo perceber que se diga que “A saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo, do seu esforço para compreender e respeitar o universo” (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005: 11).

Profundamente enraizada numa ampla visão antropológica e ecológica, esta forma de perspectivar a saúde revela-a, como já se viu, não como um propósito que valha por si mesmo, mas como um instrumento de realização e aperfeiçoamento pessoal, em que a responsabilização dos indivíduos é essencial, tanto na esfera da acção de cada um, quanto como tarefa colectiva e institucionalmente assumida, o que articula a saúde com a política.

Na modelação das políticas de saúde actuais, desempenharam um papel capital algumas iniciativas internacionais, entre as quais merecem ser lembradas a Conferência de Alma-Ata (1978), as Estratégias e as Metas da Saúde para Todos (1985), as conferências de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), México (2000), Rio de Janeiro (Rio-Eco, 1992) Jakarta (1997) e, por fim, Harare (2000), onde se definiu o pro-

jecto mundial Saúde para Todos no Século XXI: Agenda 2020 (Oliveira, 2004). Para fazer face aos desafios que delas emanaram, em todas elas foi sublinhada a necessidade de fomentar a participação responsável e esclarecida das populações, algo que tem, na educação para a saúde, um dos instrumentos fundamentais.

2. EDUCAR PARA A SAÚDE

2.1. A noção de educação

Além do esclarecimento da noção de saúde, que se ensaiou nas páginas anteriores, a compreensão do que é educar para a saúde requer a realização de uma outra tarefa prévia, estabelecer as características diferenciais da educação.

O termo “educação” provém do étimo latino *educare*, que significa “produzir”, “alimentar”, “cultivar”. Com o mesmo radical, existe, em Latim, o verbo *educere*, que significa “fazer sair”, “tirar para fora”, “conduzir”, “guiar” (Sanvisens, 1984). Enquanto o primeiro alude à importância dos factores extrínsecos do desenvolvimento individual, o segundo lembra a importância da ampliação das capacidades intrínsecas de cada indivíduo. Nas acepções actuais do vocábulo “educação” estabelece-se uma simbiose entre *educare* e *educere* (Martinez, 1987), evidenciando, desde logo, a amplitude e a complexidade do seu significado.

Para além das dificuldades inerentes à duplicidade indiciada pela etimologia da palavra que a designa, a delimitação da noção de educação confronta-se com obstáculos de muito maior monta, porque, sendo sempre muito mais do que um mero “facto empírico” (Bianchi, 2001: 18) que pudesse ser satisfatoriamente contido dentro dos limites de uma definição descritiva, nela se cruzam, inevitavelmente, muitas das mais controvertidas questões axiológicas, relativas ao que é, e ao que deve ser, o homem, singular e colectivo, o viver humano e o destino da humanidade. Apesar disso, as tentativas de definir o conceito de educação, embora espartilhadas pelos constrangimentos cognoscitivos e ideológicos das conjunturas sócio-históricas em que ocorram, permitem fazer emergir alguns traços que talvez possam ser tomados como suas características diferenciais: melhoria ou aperfeiçoamento; intencionalidade; multidimensionalidade; unidade e cumulatividade; humanização; intersubjectividade; desenvolvimento da pessoa humana.

• Melhoria ou aperfeiçoamento

A primeira e mais básica das condições da educação é a abertura, que em todos os seres humanos se observa, às influências do ambiente, gradualmente subordinadas ao arbítrio de um sujeito que, a si mesmo, se vê como “ser transiente” (Santos, 1982: 499),

fazendo com que o desenvolvimento individual, muito longe do mero desdobramento de um programa geneticamente determinado, possa ser um processo de aprendizagem, um contínuo processo de mudança, que cada pessoa realiza como “a sua própria e intransferível experiência vital” (Santos, 1982: 442).

A mudança, a transitividade, é, portanto, *conditio sine qua non* da educação (Bianchi, 1989: 26). Condição necessária, mas não suficiente, a mudança, porém, sem mais, não faz a educação:

A educação é uma modificação do homem. Pois bem, não teria sentido falarmos de modificação do homem se esta transformação não significasse, de algum modo, uma melhoria, um desenvolvimento das possibilidades do ser ou uma aproximação do homem ao que constitui a sua própria finalidade. Isto é, esta modificação não teria sentido se não houvesse um aperfeiçoamento, um caminho até à perfeição [...] esta perfeição é o conceito genérico no qual se apoia ou se deve apoiar a definição do processo educativo (García Hoz, 1970: 14).

• Intencionalidade

Arroyo (1999: 6) recorda-nos que a “noção genérica de aprendizagem, enquanto expressa, sem limitação, toda e qualquer mudança do comportamento, não equivale sempre a educação. Pela simples razão de que nem toda a mudança de comportamento é, por si só, educativa”.

De facto, acabou de se ver, para que uma modificação do comportamento ou da capacidade possa ser considerada como um facto educativo, é necessário que se traduza num aperfeiçoamento. Mas isso também não basta. Úteis ou inúteis, fúteis ou valiosas, as aprendizagens podem ser apenas resultados acidentais, produzidos pelo jogo cego das situações e dos acontecimentos, à revelia de qualquer propósito e até em contradição da vontade de quem muda ou de quem faz mudar. Também aí a educação está ausente, na ausência de um dos seus elementos essenciais:

A educação é uma actividade intencional. Isto quer dizer que [...] não estaremos a falar de educação, quando nos referirmos a mudanças espontâneas ou fortuitas, meramente resultantes do arranjo ocasional das circunstâncias ou dos acasos da interacção. Em tais casos, poder-se-á falar de *socialização*, de *enculturação*, de *desenvolvimento*, mas não de educação [...] Mesmo quando parece apenas prolongar a tradição, esse consenso quase silencioso que ordena grande parte da vida social, ou corresponder a hábitos e rotinas que obscurecem a consciência dos seus fundamentos e das suas finalidades, a educação nunca deixa de ser projecto. A intencionalidade [...] é a «diferença específica» da educação, distinguindo-a de outros processos de incorporação dos modos de estar, de sentir, de pensar e de agir próprios de uma cultura (Bianchi, 1998: 13-14).

• **Multidimensionalidade**

Bianchi (2002: 22) relembra que a palavra “educação” denota, quer uma actividade, as acções educativas, quer um produto, os resultados dessa actividade que caracterizam uma pessoa educada, e diz que o seu significado abrange simultaneamente “o aperfeiçoamento das capacidades individuais, a preservação e o progresso da cultura, e a inserção da pessoa na vida social [...] através da aprendizagem deliberada e de condições facilitadoras do crescimento e da maturação”. A personalização, quer dizer, a construção da identidade e o aperfeiçoamento das capacidades individuais, a enculturação, isto é, a apropriação de crenças, conhecimentos e técnicas, característicos da comunidade envolvente, e a socialização, ou seja, a interiorização de valores, normas, atitudes e padrões de comportamento, característicos do grupo social de referência, surgem, assim, como dimensões complementares, integradas na ideia de educação.

A multidimensionalidade da educação traduz-se, segundo Mauritz Johnson Jr. (Johnson, 1967, cit. por Bianchi, 2002: 28-29), em resultados de três tipos: conhecimentos (factos, conceitos e generalizações que incluem leis, princípios e regras); técnicas, processos, habilidades, capacidades ou destrezas (cognitivas e perceptivo-motoras); e valores (normas e predilecções).

Igualmente visível, é o carácter plurifacetado da educação enquanto actividade, seja no plano da própria acção, seja no plano organizativo.

No que se refere aos factores da educação, Bianchi (2002: 24-26) distingue três variedades principais: suporte (estimulação da maturação e do crescimento e criação de um ambiente favorável à aprendizagem); motivação (activação e regulação de condutas orientadas para fins mais ou menos conscientemente procurados); e ensino (actividade intencional de promoção ou facilitação de aprendizagens determinadas). Além disso, divide o ensino em ensino indirecto (organização de condições facilitadoras de procura, de descoberta e de reflexão crítica, e disponibilização de recursos, visando favorecer a realização de aprendizagens, sobretudo através de actividades auto-dirigidas dos aprendizes) e ensino directo (organização, condução e avaliação sistemáticas de actividades de aprendizagem, com objectivos e conteúdos relativos, sobretudo, a informações básicas e a competências susceptíveis de desenvolvimento gradual, a partir da aquisição sequencial de habilidades crescentemente complexas) que inclui a instrução (apresentação directa de conteúdos precisos) e o treino (exercício e prática).

Quanto ao plano organizativo, Bianchi (2002: 26-27) considera três modalidades: a educação informal (actividades educativas realizadas em contextos institucionalmente inespecíficos – na família, nas igrejas, em associações cívicas, na comunidade –, sem definição estatutária das condições de educador e de educando e sem localização espacial e escalonamento temporal taxativos, com objectivos, conteúdos e procedimentos relativamente difusos, e cujos resultados não são objecto de avaliação sistemática); a educação não-formal (actividades educativas em que se misturam características de educação informal e de educação formal) e a educação formal (actividades educativas realizadas em instituições vocacionadas para o efeito – creches, jardins de infância, escolas, centros de formação –, com distinção do estatuto e do papel de educador e de educando, com localização espacial e escalonamento temporal definidos, com finalidades e objectivos precisos e, normalmente, com conteúdos e procedimentos prescritos ou aconselhados, e cujos resultados são objecto de avaliação sistemática e, quase sempre – a educação de infância é, entre outras, uma excepção –, com certificação das qualificações propiciadas).

• **Unidade e cumulatividade**

As acções educativas, ou até as actividades, enquanto conjuntos organizados de acções educativas, poderão cingir-se ao intuito de provocar ou facilitar mudanças mais ou menos precisas e isoladas. A pluralidade das finalidades, a variedade das aprendizagens visadas, a diversidade das estratégias e dos meios de intervenção e a multiplicidade dos contextos organizativos resultam em imensas possibilidades combinatórias, obscurecendo, eventualmente, a mútua interdependência dos seus resultados. Todavia, a ideia de educação não é compatível com uma miscelânea caótica de acções desligadas e de produtos que só acidentalmente se unem. Ocasionalmente, a promoção da aprendizagem pode concentrar-se, não no desenvolvimento da pessoa, como um todo, mas na aquisição ou aperfeiçoamento de um conhecimento específico, de uma capacidade particular, de uma dada atitude, de um comportamento ou forma de agir numa situação previsível. No entanto, o carácter educativo, se o tiver, advém-lhe do modo como é capaz de transcender essa situação concreta, pois, como diz Mauritz Johnson Jr., “a educação implica aprendizagem para uso em situações imprevisíveis (Johnson, 1967).

Importa, portanto, ter presente que só há verdadeiramente educação, quando os esforços deliberados para impulsionar o desenvolvimento pessoal se subordinam a uma direcção conjunta, determinada por fins comuns, ainda que apenas implícitos:

A instrução pode esgotar-se na aquisição de conhecimentos e habilidades atinentes a uma actividade específica ou a uma fase particular do percurso formativo. A educação, pelo contrário, visando realizar o desenvolvimento multilateral da pessoa e a sua integração na sociedade, supõe uma acção concertada sobre a personalidade no seu todo e requer a harmonização dos resultados parciais alcançados em cada uma e no conjunto das etapas da sua realização. Um dos elementos fundamentais da educação é a convergência das aprendizagens numa finalidade global, a articulação sinérgica dos seus conteúdos [...] A unidade ou, pelo menos, a conciliação funcional dos saberes, consubstanciada num ideal de vida individual e colectiva, é uma noção pressuposta, ou uma meta perseguida, por qualquer esforço educativo.

A educação é, além disso, uma actividade cumulativa, quer dizer, feita a pouco e pouco, como uma construção gradual que se vai escorando nas partes anteriormente edificadas. Não só a interdependência e a interacção, mas também a hierarquia, dos seus diversos níveis, e, correlativamente, dos saberes adquiridos em cada nível, são atributos inerentes à educação.

A educação não pode deixar de ser projecto, porque se configura na ordem do desejável, porque se orienta intencionalmente para um fim, e pode sê-lo porque tem subjacente uma ideia de unidade e hierarquia dos saberes que lhe permite delinear um percurso, ou uma multiplicidade de percursos, que leve até ao fim para que se orienta (Bianchi, 1998: 45-46).

• Humanização

Percebida como projecto, a educação “incorpora um *componente utópico*, cujo recorte somente se pode fazer no seio de um *quadro axiológico*” (Bianchi, 1989: 19). Ora, poucas coisas serão tão notoriamente marcadas pelas contingências de cada conjuntura sócio-histórica, quanto os valores prevaletentes em determinado grupo social. Se, como disse Lucien Fèbvre, “Em cada momento do seu desenvolvimento as crenças da humanidade são o que podem ser” (cit. por Clausse, 1971: 90-91), a ideia de educação, substantivamente definida, não supera os condicionamentos de cada tempo e de cada lugar, “é sempre segundo [...] uma concepção muito particular e muito contingente [...] que se definem os postulados e os princípios mais elementares e, na aparência, os mais indiscutíveis da pedagogia” (Clausse, 1976: 16). Assim é, de certo, mas, por trás de todas as aparências, descortina-se algo de permanente, que talvez valha a pena correr o risco de tomar como o fim último e perene da educação:

Os demais seres vivos nascem já sendo o que definitivamente são [...] para os seres humanos o que parece mais prudente dizer-se é que nascem *para* a humanidade. A nossa humanidade biológica necessita de uma confirmação posterior, algo assim como que um segundo nascimento onde por meio do nosso próprio esforço e da relação com outros seres humanos se confirme definitivamente o primeiro. Há que nascer para o humano, mas só chegamos a sê-lo plenamente quando os demais nos *contagiam* com a sua humanidade... (Savater, 1997: 24).

• Intersubjectividade

O fim último da educação é, talvez, a confirmação da humanidade em todos e em cada um. Por isso, nas palavras de Alte da Veiga (2001: 14), “a educação é um dever de todos”. Para que esse dever possa ser cumprido, refere Oliveira (2004: 50), “precisamos antes de mais de estarmos dispostos a escutar, a ser educados, aprendendo lições de paciência, coragem, abnegação, altruísmo, em histórias de vida relatadas, quantas vezes com os olhos virados para o chão”. A primeira tarefa educativa, o objecto mais primordial e recorrente da educação, é a descoberta da nossa humanidade, e é nos outros, através deles, que a descobrimos:

A principal disciplina que os homens ensinam uns aos outros é em que consiste ser homem [...] E de tal maneira assim é que o primeiro objectivo da educação consiste em tornar-nos conscientes da *realidade* dos nossos semelhantes. Isto é, temos que aprender a ler as suas mentes, o que não equivale, simplesmente, à destreza estratégica de prever as suas reacções e adiantarmo-nos a elas para as condicionar em nosso benefício, mas implica antes de tudo atribuir-lhes estados mentais como os nossos e disso depende a própria qualidade dos nossos. O que implica considerá-los sujeitos e não meros objectos, protagonistas da sua vida e não meros comparsas vazios da nossa própria vida [...] Ninguém é sujeito na solidão e isolamento; porém, somos sempre sujeitos entre sujeitos, o sentido da vida humana não é um monólogo, provém antes do intercâmbio de sentidos, da polifonia coral. Antes de mais nada, a educação é a revelação dos outros, da condição humana, como um concerto de complicitades irremediáveis (Savater, 1997: 31-32).

Todavia, a educação não se caracteriza apenas pelo seu objecto. Os propósitos que persegue e os conteúdos de que faz uso especificam-na, mas não mais, nem menos, do que os modos concretos em que se realiza. O “problema global da formação do homem pelo homem” (García Carrasco, 1987: 72) é também um problema metodológico. O método que caracteriza diferencialmente a educação é a intersubjectividade, a comunicação humana:

O Homem chega a sê-lo através da aprendizagem. Mas essa aprendizagem humanizadora tem um traço distintivo que é o mais importante. Se o Homem fosse apenas um animal que aprende, poderia bastar-lhe aprender a sua própria experiência e o modo de lidar com as coisas. Seria um processo muito longo que obrigaria cada ser humano a começar praticamente do zero, mas, em qualquer caso, não seria impossível [...] Mas se não tivéssemos outro modo de aprendizagem, ainda que conseguíssemos sobreviver fisicamente, ia-nos faltar certamente o que o processo educativo tem de especificamente humanizador. Porque o que é próprio do Homem não é tanto o mero acto de aprender, mas sim aprender de outros homens, ser ensinado por eles. O nosso mestre não é o mundo, as coisas, os sucessos naturais, nem sequer esse conjunto de técnicas e rituais que chamamos «cultura», mas a vinculação intersubjectiva com outras consciências (Savater, 1997: 28-29).

• Desenvolvimento da pessoa humana

Talvez a ideia de educação seja demasiado esquiva, para se deixar circunscrever numa definição. Ainda assim, em jeito de síntese, valerá a pena citar de novo Victor García Hoz:

Eis o conceito de educação [...] aperfeiçoamento intencional das potências especificamente humanas [...] A educação é um aperfeiçoamento das potências do homem porque nelas actua de forma imediata [...] Mas estes aperfeiçoamentos imediatos são, por sua vez, factores que se harmonizam para aperfeiçoar a pessoa humana [...] Poderia concluir-se dizendo que a educação é aperfeiçoamento imediato das capacidades humanas e aperfeiçoamento mediato da pessoa humana (García Hoz, 1970: 23).

2.2. Educação e promoção da saúde

• Educação e saúde

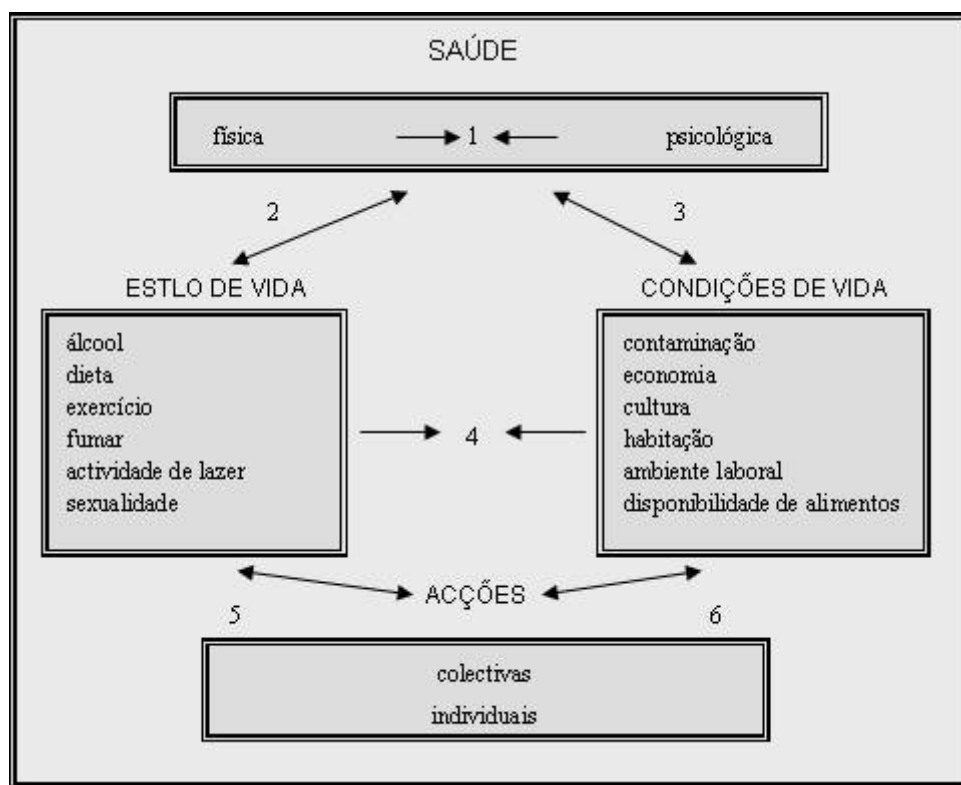


Figura 2. Conceito holístico de saúde (Adaptado de Limón Mendizabal, 2004: 55)

No mundo tudo está unido e interligado. Não pode haver factos isolados e independentes, tudo roda à volta de tudo. O holismo, sem negar as características mecânicas que se apresentam na natureza, percebe o universo como uma malha de interrelações dinâmicas e orgânicas, onde tudo se relaciona (Crema, 1988).

Como se viu no primeiro capítulo, assiste-se actualmente à afirmação de um conceito holístico de saúde (Figura 2), que, delineado sob uma perspectiva que acolhe a complexidade, contempla o homem como um microcosmos dentro de um cosmos (Perea Quesada, 2005), religando a realidade especificamente humana (étnica, socioeconómica, psicossocial, cultural e espiritual) e a realidade física-biológica-ecológica.

E lembre-se que, ao mesmo tempo em que evoluiu a patologia, também evoluiu a noção de saúde, deixando de ser considerada como a ausência de doença para adquirir um significado global, integrador, que, no cruzamento das inúmeras variáveis que podem afectar o homem em qualquer uma das suas dimensões – física, social, psicológica e espiritual – interliga saúde, educação e promoção da saúde, ideias aparentemente oriundas de áreas distintas, mas que revelam ser inseparavelmente solidárias e coerentes (Navarro, 2000).

• A «segunda revolução» da Saúde Pública

O nascimento da Saúde Pública esteve associado à prevenção das patologias infecto-contagiosas. Na generalidade dos países desenvolvidos, as mudanças epidemiológicas permitiram reduzir a incidência de uma série de doenças infecciosas antigas (cólera, paludismo, diarreias infantis, entre outras) que, todavia, foram substituídas por outras patologias, como as doenças crónicas (cardiovasculares, cancro e outras), e as chamadas «doenças do progresso» (entre outras, a SIDA, o alcoolismo, as drogodependências e o *stress*): “30% dos fumadores e mais de 10% de alcoólicos morrem por cancro. A principal causa de morte, em menores de 35 anos, são os acidentes de trânsito por excesso de álcool” (Wetton, 1990); a explosão da epidemia da SIDA, entre os adolescentes, devido a novas práticas de risco, que já não os marginalizam socialmente, “vai aumentar sobretudo nas gerações mais jovens, de 16 a 29 anos, quer a adquiram por via sexual, em função das mudanças que estão a surgir nos «estilos de vida» juvenis, quer pelo consumo de drogas” (Conde Gutiérrez, 1997: 3).

Em Portugal, o padrão das doenças tem evoluído em moldes semelhantes ao observado no resto do chamado “mundo desenvolvido”: na infância predominam as anomalias congénitas e as doenças infecciosas; nos jovens os acidentes; nos adultos o cancro, a cardiopatia isquémica e a patologia respiratória e nos idosos a doença cardiovascular (Direcção Geral de Saúde, 2003).

Com a difusão destas patologias, iniciou-se uma nova etapa da história da Saúde Pública, a que Terri (cit. por Perea Quesada, 2005) chama «segunda revolução», que se

caracteriza pelos problemas de saúde das populações transcenderem o campo tradicional da medicina e requererem, para a sua prevenção, uma intervenção educativa.

• **Promoção da saúde comunitária**

Educação e saúde exigem uma visão global e dinâmica da pessoa, considerada simultaneamente nos seus aspectos biológico, social, psicológico e espiritual, em permanente interação, entre eles e com o mundo. Os estilos de vida e os comportamentos das pessoas, constituem variáveis importantes nos processos de saúde. Todavia, estas variáveis são condicionadas pelas atitudes, crenças, valores e percepções do próprio indivíduo e da comunidade/sociedade da qual faz parte, pelo que a intenção de promover uma melhor saúde pessoal só pode ser compreendida, se inserida numa perspectiva de promoção de saúde comunitária.

Nesta linha de pensamento, adquirem relevância os pressupostos que orientam o conceito de Promoção da Saúde, que para a OMS (Carta de Ottawa, 1986), é “o processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre as sua saúde e melhorá-la” e para Navarro (2000: 18) “um processo que visa criar as condições para que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde e pela da sua família, dos seus vizinhos e da comunidade a que pertencem”.

A promoção da saúde não pode ignorar as circunstâncias materiais que condicionam drasticamente a vida de grande parte da humanidade, sobretudo nas regiões com economias mais débeis. Segundo Rochón (1996), a taxa de mortalidade infantil nos países pouco desenvolvidos é oito vezes maior do que nos países desenvolvidos. Isso mostra bem que, para alcançar patamares aceitáveis de saúde comunitária, é necessário satisfazer previamente um amplo conjunto de necessidades pessoais e sociais: paz, alimentos e água suficiente, estruturas sanitárias adequadas, justiça social, habitações dignas, planificação e programas de desenvolvimento a todos os níveis (Schüller, 1997).

Por isso, e porque, de facto, vivemos num mundo globalizado, a promoção da saúde tem uma nítida feição internacionalista, presente em todas as cartas e declarações das conferências internacionais, seja no entender dos problemas, seja nas propostas de intervenção para tornar possível o desenvolvimento humano sustentável (Buss, 2004).

Quer para ajudar a tomar conhecimento dos obstáculos e das oportunidades presentes em cada situação, quer para construir a cidadania, quer ainda para mobilizar vontades e competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável na Ter-

ra, à escala local e à escala global, a educação é, sem dúvida, um dos factores mais determinantes (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

• A noção de educação para a saúde

Se entendermos a educação como um processo optimizador e de integração e a saúde como bem-estar físico, psíquico e social, podemos definir de forma provisória educação para a saúde como “um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos de infância, orientado para o conhecimento de si mesmo em todas as suas dimensões tanto individuais como sociais, e também do ambiente que o rodeia na sua ampla dimensão ecológica e social, com o objectivo de poder ter uma saúde colectiva” (Perea Quesada, 2005: 17).

Segundo Green (1976) e Rochón (1996), a educação para a saúde pode definir-se como qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas, que facilitem a adopção voluntária de comportamentos saudáveis.

Salleras Sanmartín (1990) defende o conceito formulado pelo IV Grupo de Trabalho da National Conference on Preventive Medicine (1975), como um “processo que informa, motiva e ajuda a população a adoptar e manter práticas e estilos de vida saudáveis, propondo mudanças ambientais para facilitar estes objectivos, direccionando a formação profissional e a investigação para os mesmos objectivos”.

Uma definição muito difundida nos Estados Unidos é a formulada por Henderson et al. (1981) que a identifica com o processo de assistência à pessoa, individual ou em grupo, em ordem a tomar decisões, uma vez que tenha sido informada sobre assuntos que possam afectar a sua saúde pessoal e a da comunidade onde se insere.

• Finalidades e objectivos da educação para a saúde

Educar para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas, mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados à preservação do seu bem-estar. Com a educação para a saúde, pretende-se “criar condições para que as pessoas/comunidades se responsabilizem pela construção de micromundos mais saudáveis” (Varela, 1992, cit. por Oliveira, 2004: 31), isto é, “nos quais encontrem maior bem-estar em todas as suas dimensões existenciais, da filosófica à espiritual” (Oliveira, 2004: 43).

Para a OMS (1985),

... a educação para a saúde é uma actividade que visa difundir no seio das populações o conhecimento dos factores fundamentais para melhorar, conservar e

promover a saúde individual e colectiva através da mudança consciente e duradoura do comportamento em relação aos problemas de saúde. Não se pode restringir a uma mera actividade de informação.

Na realidade, só haverá educação quando os envolvidos no processo participarem activamente de modo a adquirirem conhecimentos essenciais para de forma consciente e informada adoptarem comportamentos promotores de saúde. Pode constatar-se que educação e saúde têm a mesma finalidade, consistindo esta em proporcionar, aos indivíduos e aos grupos, oportunidades que lhes permitam desenvolver as suas potencialidades e capacidades, para poderem confrontar-se positivamente com o ambiente e agir sobre ele de maneira consciente e responsável (DGCSP, 1984, cit. por Afonso, 1998).

Segundo Tones (1987, cit. por Oliveira, 2004: 19),

a educação para a saúde deve procurar modificar mais aquilo em que se acredita do que modificar atitudes [...] o principal objectivo da educação para a saúde é portanto conseguir que aquilo em que as pessoas acreditam, relativamente à saúde, seja congruente com a realidade da saúde e da doença, de forma que as pessoas possam fazer opções com base em informações correctas. Isto não é fácil e não se consegue apenas através de informação.

O objectivo principal da educação para a saúde é promover alterações positivas nos comportamentos, com vista à promoção da saúde, mediante a disponibilização de informação adequada e através da modificação das atitudes, crenças e modos de pensar.

Ainda que a educação para a saúde tenha uma função preventiva e correctiva, que exige que as pessoas, as famílias e outros grupos sociais possuam os conhecimentos necessários para a prevenção de certas doenças, a sua principal finalidade não está em evitar a doença, mas sim em promover estilos de vida saudáveis. Tem, pois, um sentido positivo de ajuda e capacitação da pessoa, para a participação e gestão da sua própria saúde, num processo de saúde integral.

• Níveis e formas de actuação da educação para a saúde

A educação para a saúde pode realizar-se em diferentes níveis: o individual, o grupal e o comunitário. Os centros de saúde devem ser uma fonte de ajuda permanente, tanto no esclarecimento e divulgação das formas de promover a saúde das crianças, dos jovens, dos adultos e dos idosos, quanto na prestação de cuidados técnicos, preventivos e/ou curativos. À escola cabe também um papel importante na educação para a saúde, no sentido de uma maior valorização da saúde, incluindo-a no contexto das aprendizagens escolares. Em ambos os lugares, os destinatários são, quase sempre, os indivíduos

ou os pequenos grupos artificialmente formados, por força do próprio quadro organizativo em que a actividade decorre.

Contudo, é importante ter presente que a aprendizagem neste domínio depende da soma de todas as influências que colectivamente determinam os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Por isso, para além dos contributos resultantes das acções prosseguidas em contextos institucionais específicos, é indispensável agir no âmbito comunitário, tendo como interlocutores privilegiados as pessoas inseridas nos grupos naturalmente constituídos, em função dos dinamismos sociais.

A complexidade e riqueza do ser humano, a diversidade de funções e dimensões da educação para a saúde, assim como a multiplicidade de factores, tanto internos como externos ao indivíduo, que condicionam a sua concepção e a sua prática, põem em relevo o carácter multidisciplinar deste âmbito educativo que, por isso, é considerado, pela OMS, como uma macrociência (Perea Quesada, 2005).

A Resolução de Conselho de Ministros da Educação dos Países da Comunidade Europeia, de 23 de Novembro de 1998, entende a educação para a saúde como “um processo baseado em regras científicas que utilizam oportunidades educacionais programadas, por forma a capacitar os indivíduos agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre os assuntos relacionados com a saúde” (cit. por Couto, 1994: 17).

Baseando-se em regras cientificamente fundamentadas, a educação para a saúde é um processo sistemático, em que é possível distinguir cinco fases: identificação das necessidades educativas, estabelecimento de metas e objectivos, selecção de métodos apropriados, implementação do plano de intervenção e avaliação de todo o processo e de todos os seus produtos.

No entanto, se o delineamento sistemático dos projectos de educação para a saúde exige a identificação de diferentes fases, em separado, é necessário, por outro lado, manter um esforço constante de integração que garanta a coerência dos seus propósitos e a sua coesão funcional.

As estratégias centradas em objectivos excessivamente analíticos e em condutas isoladas tendem a ser ineficazes, pois as grandes mudanças nos hábitos e práticas condicionantes da doença e da saúde não são consequência dos esforços educativos dirigidos a comportamentos mais ou menos isolados, mas sim efeito de transformações globais,

inseridas num determinado contexto social (Syme, 1991). Neste sentido, uma vez que é difícil modificar significativamente comportamentos, se, ao mesmo tempo, não se promoverem as mudanças ambientais adequadas (Costa e López, 1996), as estratégias educativas deverão incidir, ao mesmo tempo, sobre um conjunto de comportamentos e sobre os contextos em que esses comportamentos se desenvolvem.

Independentemente da diversidade dos níveis de actuação e da desejável sistematicidade e integração dos processos, há um aspecto fundamental que não pode ser subalternizado na determinação dos modos de organizar e concretizar a educação para a saúde – o sujeito da educação. São ou doente, como pessoa que é, tem o direito de ver respeitados os seus princípios, a sua personalidade, os seus valores, costumes e saberes, o que compromete o educador com “um posicionamento ético de grande humildade, que proporcione disponibilidade para aprender, educar e agir com os outros na promoção da saúde” Oliveira (2004: 15).

Refere Freire (1975, cit. por Oliveira, 2004) que educar alguém implica que, por um lado, tenhamos investido comunitariamente em estruturas e modos de vida com significados ricos e múltiplos e que, por outro lado, tenhamos conseguido contribuir para a construção de modos de significação, num processo de aprendizagem ininterrupto entre todos, e em que todos são simultaneamente educandos e educadores. Assim, para Oliveira (2004: 63), “ajustarmo-nos é fundamental para nos podermos educar uns aos outros e assim promovermos entre nós o processo de aprendizagem-educação”. Por conseguinte, “educa-se agindo pelo exemplo (fazendo o que se propõe aos outros como saudável), pela humildade pedagógica (que pode incluir as expressões “não sei” e “não consigo”) e pela presença amiga (mesmo quando os outros erram)” (Oliveira, 2004: 67).

Ainda que seja condicionado pelas restrições ambientais e pelos seus próprios hábitos comportamentais, o Homem, quando lhe é facultado o uso da sua liberdade, não é um ser determinado, pelo que a acção educativa deve, não só orientar-se para a anulação ou atenuação dos factores nocivos e para a mudança dos próprios hábitos e tendências, mas também exercer-se em prol da criação de condições individuais e colectivas para escolher e agir livremente (Green e Simons, 1988, cit. por Rodrigues, 2004).

Deste modo, a educação para a saúde aparece como um projecto global, emoldurado por uma ética da liberdade e da responsabilidade, que tem como finalidade contribuir para que as pessoas aprendam a administrar melhor a sua vida, optando, de forma informada, consciente, responsável e autónoma, por modos de pensar, comportamentos

e atitudes favorecedores do seu bem-estar continuado, quer no plano individual, quer no plano colectivo.

- **Educação para a saúde e aleitamento materno**

A primeira célula da sociedade é a família, pelo que é nela e com ela que a educação para a saúde deve começar. Acresce que, como refere Ausloos (1996), psicólogos, sociólogos e sexólogos, são unânimes em considerar que certas fases da vida – como o casamento, a gravidez e o nascimento de uma criança – se revestem de uma receptividade específica, tornando os indivíduos especialmente motivados para a aquisição de conhecimentos e para a adopção de comportamentos saudáveis.

O nascimento de um filho e o seu acompanhamento nos primeiros tempos de vida configuram, por excelência, a descoberta, ou a redescoberta, dos papéis de pai e de mãe. Segundo Costa (1987), a preparação e treino de competências para a maternidade e para a paternidade deve incluir:

- o ensino de procedimentos e habilidades para enfrentar o *stress*, para reduzir as complicações da gravidez, para evitar a depressão pós-parto e para facilitar a competência da mãe no atendimento das necessidades que a criança tem de protecção, de alimentação, de estimulação e de amor;
- o desenvolvimento de competências que facilitem o relacionamento conjugal, prevenindo a perturbação das relações no seio da família, em geral, e, em particular, no seio do casal, por falta de preparação para as mudanças que o nascimento de uma criança acarreta.

De igual modo, as orientações do Ministério da Saúde para 1998, tendo em vista garantir o crescimento saudável das crianças, sublinharam a necessidade de reforçar o apoio às mães e preconizaram o fomento da amamentação, estabelecendo como meta que, em 2002, 50% dos recém-nascidos, no mínimo, deveriam beneficiar de aleitamento materno até, pelos menos, aos 3 meses (Ministério da Saúde, 1999).

Compreende-se, portanto, que, particularmente no âmbito da enfermagem obstétrica, a alimentação das crianças pequenas e, em particular, a problemática do aleitamento materno sejam temas muito relevantes da educação para a saúde.

3. O ALEITAMENTO MATERNO

3.1. Fisiologia da lactação

Na espécie humana, o leite materno está estritamente associado ao ciclo reprodutor da mulher e a sua produção ocorre apenas no período pós-parto. A lactação, isto é, a produção de leite materno, é um processo fisiológico normal, uma consequência de parir (Galvão, 2006).

Segundo Centeno (2005), o ciclo da lactação divide-se em três estádios:

- 1) mamogénese, desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez;
- 2) lactogénese (início da produção de leite), começa durante a última fase da gravidez, com a secreção do colostro, como resultado da estimulação das células alveolares mamárias, pela hormona lactogénica placentar, uma substância semelhante à prolactina;
- 3) galactopoiese (manutenção da produção de leite), a continuidade da secreção de leite está relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina, hormona da hipófise anterior e pela remoção eficiente de leite.

As glândulas mamárias são glândulas exócrinas modificadas que sofrem notáveis alterações durante a gravidez e o puerpério, o período do parto. No início da gravidez, o tecido mamário desenvolve-se devido à acção de, sobretudo, dois tipos de hormonas, os estrogénios, responsáveis pela ramificação dos ductos, e os progestogénios que induzem a formação dos lóbulos. Na primeira metade da gravidez, por influência dos estrogénios, assiste-se a um desenvolvimento do epitélio alveolar e ao aparecimento de novos ductos. Mais tarde, por acção da progesterona, ocorre a diferenciação do epitélio, no sentido da actividade secretória. No final da gravidez, cada mama aumentou cerca de 400 gramas e a irrigação sanguínea da mama duplicou, em relação aos valores pré-gestacionais (Centeno 2005; Aguilar Cordero e Villaverde Gutiérrez, 2005), tornando-se apta para o exercício da função alimentar do bebé (Aguilar Cordero e Villaverde Gutiérrez, 2005). A produção de leite continua após o parto, como um processo automático, à medida em que o leite é removido da mama.

A lactação depende de várias hormonas e da integridade funcional do eixo hipotálamo-hipofisário. A prolactina é a principal hormona responsável pela produção de leite, no entanto, para que se dê a lactogénese, é necessário que haja uma diminuição de estrogénios. Este é o motivo pelo qual durante a gravidez não exista produção de leite, embora os níveis de prolactina estejam francamente elevados.

A manutenção da lactação é controlada por numerosas glândulas endócrinas, em particular pelas hormonas hipofisárias, prolactina e ocitocina. A prolactina regula a produção de leite e a ocitocina a sua saída, bem como as contracções uterinas (Viñas, 2000, cit. por Aguilar Cordero, 2005a). Além disso, a galactopoiese depende de uma eficaz sucção, do esvaziamento completo dos seios e de outros reflexos ou respostas automáticas (por exemplo ao choro do bebé) que estimulam a libertação de hormonas hipofisárias, capazes de estimular a ocitocina, que dará lugar à contracção das células musculares da glândula mamária e consequente produção de leite. Neste processo, as emoções maternas desempenham igualmente um importante papel. A dor e a ansiedade podem reduzir a libertação de ocitocina e a saída do leite, pelo que é importante a eliminação ou gestão da ansiedade e da insegurança, sentimentos que Brito Avô (cit. por Gomes, 2005: 23) não hesita em classificar como “dois grandes inimigos do aleitamento materno”. O ambiente calmo, agradável e confortável durante a amamentação é essencial para que tudo corra bem. Isto porque o leite deve “descer”, ou seja, ser expelido dos alvéolos internos para os ductos e, por sua vez, para os seios galactóforos. A ocitocina, também chamada “hormona do amor”, promove e facilita esta “descida”. Mas a libertação desta hormona depende em muito do estado de alma da mãe. Se ela sentir receio, preocupação ou ansiedade, pode ser inibido o reflexo de ejeção ou “descida” do leite. Neste momento mágico, o bem-estar é a chave do sucesso (Issler, 1983).

3.2. O leite materno

O leite materno foi, durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. A amamentação com leite materno é a forma natural de alimentação de todos os mamíferos, em geral, e da espécie humana, em particular.

O leite materno é um alimento completo e vivo, impossível de copiar, porque actualmente ainda não se conhecem todos os seus elementos. Mesmo que fosse possível imitar artificialmente ou biotecnologicamente todos os seus componentes, não se pode-

ria conseguir os mesmos efeitos que o leite materno produz no organismo. Assim, desde o aparecimento do Homem na Terra, não se produziu outro tipo de alimento igualmente bem ajustado às necessidades da primeira etapa da vida humana. Segundo Northrup (2004: 431), ainda “não há experiência científica suficiente que consiga fabricar um alimento mais especificamente feito para um bebé que o leite da mãe”. É o leite de todos os mamíferos e está adaptado às características das suas crias, pelo que tem propriedades diferentes para o crescimento e desenvolvimento de cada espécie.

O leite da mulher produz-se segundo um padrão próprio da nossa espécie, o código genético humano. As diferenças, em relação a outros leites, naturais ou artificiais, têm carácter tanto quantitativo como qualitativo, já que o leite da mulher está biologicamente ajustado às características e às necessidades dos bebés humanos, e vai modificando gradualmente a sua composição e a sua quantidade, de forma regulada pela própria interacção mãe-filho, durante a amamentação, apresentando-se sob a forma de colostro, nos primeiros dias de vida do recém-nascido, depois como leite de transição, nos dias seguintes, e por fim, a partir da segunda ou da terceira semana e para além dos dois anos, como leite maduro. (Aguilar Cordero, 2005b).

3.3. Colostro, leite de transição e leite maduro

O colostro é um líquido amarelado, devido principalmente à presença de betacaroteno, possui aspecto cremoso/viscoso, é muito rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose, que promove a multiplicação de *lactobacillus bifidus*, pelo que favorece o crescimento da flora intestinal e facilita a expulsão do mecónio preto esverdeado que caracteriza as primeiras dejeções e, consequentemente, a limpeza do tubo digestivo, ajudando a prevenir a icterícia (King, 1991; Levy, 1994; OMS, 1994; Aguilar Cordero, Moyano Díez e García Aguilar, 2005). A proporção de gorduras é menor no colostro do que no leite maduro. Em contrapartida, tem mais elevadas concentrações médias de sódio, cloro e potássio, assim como é maior o seu teor de proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e imunoglobulinas, especialmente de IgA's, que, conjugadas com outros anticorpos formados na própria glândula mamária, fornecem ao recém-nascido a primeira imunização pós-parto. Podendo existir desde as 20 semanas de gestação, o colostro é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias a seguir ao parto, e depois vai evoluindo progressivamente para o leite de transição (Aguilar Cordero, 2005b).

A partir do segundo ou terceiro dia após o parto, é segregado o leite denominado “de transição”, cuja produção pode prolongar-se por uma ou duas semanas. O seu aspecto é aguado, o que, por vezes, constitui factor de preocupação para muitas mulheres menos informadas, levando-as a pensar que o seu leite não é suficientemente bom para a criança e, por isso, manifestam vontade de desistir de amamentar. No leite de transição, que se vai modificando de forma gradual, de acordo com a evolução do recém-nascido, adaptando-se às necessidades nutricionais e digestivas deste, a concentração de imunoglobulinas e o teor de vitaminas lipossolúveis tornam-se progressivamente menores, enquanto aumenta o conteúdo de vitaminas hidrossolúveis, lípidos e lactose, com consequente acréscimo do aporte calórico (Aguilar Cordero, 2005b).

Na fase de produção do leite de transição, que é popularmente conhecida como “subida do leite”, a mãe pode apresentar hipertermia, dor de cabeça e congestão vascular, acompanhada de um aumento de volume das mamas.

“O leite humano maduro é uma mistura homogénea com três fracções: emulsão (gotículas de gordura), suspensão (partículas coloidais de caseína) e solução (componentes hidrossolúveis)” (Nascimento e Issler, 2003: 49). O leite maduro contém todos os nutrientes necessários para conseguir um crescimento e um desenvolvimento ideais. Tem um conteúdo adequado de nutrientes metabolizados e facilmente digeríveis, como as proteínas do soro, os lípidos e a lactose, assim como uma distribuição proporcionada de aminoácidos. Também designado por definitivo, surge por volta do décimo quinto dia (terceira semana pós-parto), tem uma cor mais branca e aspecto mais consistente do que o leite de transição (Aguilar Cordero, 2005b). A produção aumenta ao longo da lactação em função das necessidades da criança. Possui maior teor lipídico e de lactose, apresentando menor quantidade de proteínas, e contém a maior parte dos minerais e vitaminas lipossolúveis.

Nesta terceira fase, o leite também apresenta modificações, em função da etapa da amamentação, da hora do dia, da nutrição da mãe e da idade gestacional do bebé (Aguilar Cordero, 2005b). No início da mamada, é normalmente mais acinzentado e aguado, rico em proteínas, lactose, vitaminas, minerais e água, e, no final da mamada, costuma ser mais branco e rico em energia, pois contém mais gordura. É o alto teor lipídico no leite do final da mamada (o chamado *leite posterior*) que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras (Lothrop 2000).

4. VANTAGENS E CONTRA-INDICAÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO

4.1. Vantagens do aleitamento materno

“O recém-nascido tem apenas três necessidades essenciais: o calor humano dos braços da sua mãe, a certeza da presença materna e o leite do seu peito. A amamentação satisfaz a três” (Collete Clark, cit. por Nascimento e Issler, 2003: 56).

Para crescer e desenvolver-se, o recém-nascido precisa de alimentação apropriada, de protecção contra as infecções e de um ambiente adequado. Segundo a OMS (1982), nenhum período da existência humana é mais crítico para o estabelecimento das bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável aos traumas e às rupturas, do que os primeiros meses de vida de um bebé. Corroboram esta opinião Silva e Fonseca (1997), ao sustentarem que as vantagens da amamentação são inegáveis e estão bem documentadas pela investigação, faltando, no entanto, uma conjugação de esforços que nos permita ultrapassar os obstáculos ao seu sucesso.

Graças às propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas do leite materno, os bebés amamentados não são obesos, apresentam menos alergias e têm menos riscos de sofrer de diabetes tipo 1 (Chandra, 1979; Sousa e Carvalho, 1983; Howi et al., 1990; Virtanen et al., 1994; Nelson, Kliegman e Ardin, 1997; Silva e Fonseca, 1997; Virtanen et al., 1998; Chiarelli et al., 1999; Fornarini et al., 1999; Lawrence e Howard, 1999; Fisher, Birch, Smiclkas-Wright e Piccianio, 2000; Sears e Sears, 2000; Siltanen et al., 2003; Erkkola, 2005), e têm melhor desenvolvimento psicológico (Carvalho et al., 1992; Dewey, Heining e Nommsen-Rivers, 1995).

Após três décadas baseadas na “cultura do biberão”, dar o peito ressurge em todo o mundo como um facto, em consequência da promoção e divulgação das vantagens do leite humano (Clavano, 1982; Goldberg e Adams, 1983; Habicht, Da Vanzo e Butz, 1986; Brown, Black e Romana, 1989; Lucas e Cole, 1990; Victoria, Huttly, Barros, e Vaughan, 1992; Pichaiapat, Thanomsing e Tongpenyai, 1993; Saadeh e Akré, 1996; Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005).

Exemplo eloquente dos esforços de promoção da amamentação é, entre muitos outros, a recomendação da OMS, incluída na Estratégia Global para a Alimentação do Recém-Nascido e do Bebé (OMS, 2002):

- aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, o que significa não dar mais nenhum outro alimento, sólido ou líquido, nem sequer água, durante esse período;
- continuar com o aleitamento materno, complementado por outros alimentos, não necessariamente de produção industrial, desde os seis meses, até aos dois anos, no mínimo.

- **Vantagens nutricionais e digestivas**

O aleitamento materno é o alimento mais adequado para o lactente até aos seis meses, pelo menos. Assim, para Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez (2005), se o bebé se alimenta com leite humano terá melhor resposta imunitária, será menos reactivo às vacinas e correrá menos riscos de sofrer processos infecciosos e gastrointestinais.

Sempre disponível, à temperatura ideal e devidamente esterilizado, o leite materno é o alimento à medida das necessidades nutricionais do bebé. Pelas proteínas humanas que possui, o leite materno está inigualavelmente harmonizado com as características fisiológicas dos recém-nascidos e das crianças pequenas (Nascimento e Issler, 2003). A quantidade de lactose que contém é básica para o desenvolvimento do sistema nervoso central, uma vez que o produto da sua metabolização, a galactose, é a fonte primária da matéria branca encefálica (Riordan, 1998), e para a absorção de cálcio (Picciano, 1998). 85 a 88% do leite humano é água e a sua concentração de partículas osmoticamente activas (osmolaridade) é idêntica à do plasma sanguíneo, pelo que estão garantidas as necessidades hídricas do bebé (Nascimento e Issler, 2003), inclusive em climas quentes (Almroth e Bidinger, 1990). Todas as vitaminas hidrossolúveis e as vitaminas (lipossolúveis) A e E se encontram em quantidades suficientes no leite humano. No entanto, nos casos em que haja exposição solar insuficiente, poderá ser recomendável a administração de vitamina D e, nos primeiros dias pós-parto, pode administrar-se vitamina K que, no período imediatamente subsequente ao nascimento, poderá não estar disponível, visto que a sua síntese se realiza através de uma bactéria intestinal inicialmente ausente (Van Beek, Carnielli e Sauer, 1995). O conteúdo em ferro é baixo, como no leite de todos os mamíferos, mas, em contrapartida, apresenta-se sob uma forma de fácil absorção pelo bebé, embora, pelo menos em alguns casos, seja de ponderar a possibilidade de complementar a dieta dos lactentes amamentados, com a administração

de ferro (Domellöf, Lönnerdal, Abrams e Hernell, 2002; Ivarsson, Hernell, Stenlund e Persson, 2002).

Também os baixos níveis de sódio e os elevados níveis de potássio causam uma menor sensação de sede, o que faz supor que possa servir como prevenção no desenvolvimento da hipertensão na idade adulta. As diferentes hormonas que nele estão presentes favorecem a regulação bioquímica e estimulam o crescimento intestinal do lactente.

A lactose é o hidrato de carbono mais abundante do leite humano, a sua presença no intestino delgado favorece o trânsito intestinal. A lactose representa 38% das calorias totais e favorece a absorção do cálcio, ferro e magnésio e promove a colonização intestinal com *lactobacillus bifidus*. Também estão presentes pequenas quantidades de galactose, frutose e outros oligossacarídeos, de que o leite humano é o que apresenta maior concentração (OMS, 1994).

Os ácidos gordos existentes no leite humano são muito importantes para o desenvolvimento do sistema nervoso central e para a formação da retina e dos centros auditivos (Hamosh e Salem, 1998).

O leite humano é rico, de um modo não uniforme, em colesterol, e, como se viu, é o seu alto teor lipídico no leite do final da mamada que induz a sensação de saciedade. Os lípidos, em geral, são uma fonte importante de energia e a sua óptima utilização, pelo lactente, deve-se à formação de pequenos glóbulos adaptados ao desenvolvimento linfático e intestinal da criança (Lothrop, 2000).

As proteínas do leite humano são compostos de fácil absorção, utilizam-se rapidamente e a sua distribuição de aminoácidos é a ideal. A cisteína é um aminoácido essencial para os primeiros meses e é muito abundante no leite humano. Contribui para o desenvolvimento do sistema nervoso central e para a síntese dos ácidos gordos. A taurina, que não existe no leite de vaca, é o modulador do crescimento, desempenha um papel no desenvolvimento da retina e intervém na síntese dos ácidos biliares (Lawrence, 1989). Os ácidos gordos polinsaturados de cadeia larga, como o ómega-3 e o ómega-6, que melhoram o desenvolvimento do sistema nervoso central e da visão, encontram-se em quantidades elevadas no leite humano (Birch et al., 1993; Nascimento e Issler, 2003). O azoto não proteico – como a ureia, a creatinina, o ácido úrico e peptídeos, entre outros – em presença da cisteína, tem valor nutritivo.

Os lactentes amamentados ao peito fazem melhor as digestões. As prostaglandinas do leite materno favorecem a motilidade do tubo digestivo e uma melhor tolerância,

por isso, o bebé tem menos vómitos, diarreia ou obstipação, regurgitações e refluxo (Feachen e Koblinsky, 1984; Popkin, Adair, Akin, Black, Briscoe, e Flieger, 1990; Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005).

Os bebés alimentados com leite materno necessitam, nos primeiros dias, de serem colocados ao peito frequentemente, para uma melhor adaptação do seu sistema digestivo. A distribuição das proteínas do leite da mulher – 60% como proteínas do soro e em 40% como proteínas da caseína – proporciona ao bebé uma digestão fácil e eficaz. Os compostos gordos são também facilmente digeridos, graças à lipase que, tal como dezenas de outras enzimas presentes no leite humano, actua como modulador digestivo e metabólico (Aguilar Cordero, 2005b).

• Vantagens imunológicas e metabólicas

Graças ao leite materno, o bebé diminui consideravelmente o risco de infecção, pois, através dele, recebe um composto estéril, com abundantes leucócitos e outras células ou moléculas com eficácia imunizante (Ashraf, Jalil, Zaman et al., 1991; Gil e Rueda, 2002).

As proteínas do leite humano são reconhecidas pelo intestino como iguais, o que previne alterações alérgicas, como a asma, o eczema e o eritema (Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005), fazendo com que os bebés amamentados tenham menos processos alérgicos e estes, quando ocorram, sejam menos severos..

Acresce que, no momento actual em que as alergias aumentam de forma alarmante, para as prevenir, é essencial evitar as proteínas do leite de vaca durante os primeiros meses de vida (Pratte-Marchessault, 1977; Brazelton, 1992; OMS, 1994; Aguilar Cordero, 2005b).

Em todo o mundo se tem demonstrado que o aleitamento materno reduz a incidência de otite média aguda (Duncan et al., 1993), de infecção do tracto urinário e de meningites causadas por *haemophilus influenzae* (Ball e Wright, 1990; King, 1991; OMS, 1994; Levy, 1994; Victoria et al., 1994; Cushing et al., 1998).

A diabetes insulino dependente também tem menor incidência nos bebés amamentados (Presa e Aguilar Cordero, 2005). A amamentação prolongada também se relaciona com um menor risco de sofrer da doença de Crohn, linfomas infantis, cancro da mama, na idade adulta e classifica-se como factor de protecção do bebé, em relação à síndrome de morte súbita (Ferráez de Lee, 1998, Buñuel Álvarez e Aguilar Cordero, 2005).

Um estudo feito por Hahn-Zoric et al. (1990) comprovou uma melhor resposta na produção de anticorpos após a vacinação contra a poliomielite, o tétano e a difteria, em bebés alimentados com leite materno, em comparação com os alimentados com leite adaptado.

“O leite materno é um alimento ideal para a dieta de crianças com enfermidade metabólica congénita” (Baldellou Vázquez, 2005: 369). As vantagens metabólicas dos bebés amamentados traduzem-se ainda numa menor sobrecarga renal e numa menor tendência para a desidratação, e relacionam-se com uma menor obesidade, na infância, e protecção, na idade adulta, de transtornos cardiovasculares consequentes ao peso excessivo e à hipertensão.

O leite humano também favorece o desenvolvimento da arcada dentária, pois os dentes crescem com um melhor alinhamento e uma menor incidência de cáries e processos infecciosos (Ferráez de Lee, 1998), o que, além do mais, parece levar a uma diminuição de risco de apneia do sono, na idade adulta.

Hughes (1996: 244), resumindo o conteúdo de oito publicações – National Health & Medical Research Council (1992), Palmer (1985), Nutbeam et al.(1993), Hitchcock e Coy (1988), Baghurst (1988), Landers e Boulton (1994), Lund-Adams e Heywood (1993) e Minchin (1992) – elaborou a tabela seguinte, com

Possíveis consequências da não amamentação

As crianças amamentadas têm um risco reduzido de:	
<p>Doenças gastrointestinais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastroenterite • doença inflamatória do intestino • início precoce da doença celíaca • hipertrofia idiopática da estenose do piloro • enterocolite necrosante • doença obstrutiva do intestino <p>Alergia e intolerância alimentar</p> <ul style="list-style-type: none"> • insónia • cólicas • colite <p>Doenças respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"> • bronquiolite • bronquite • pneumonia • otite média 	<p>Resultados fatais de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doença de deficiência enzimática • transplante de órgãos <p>Outras doenças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diabetes • limfoma infantil • síndrome de morte súbita • meningite • autismo • infecções do tracto urinário • enfraquecimento dentário • defeitos ortodónticos • problemas de fala (nos rapazes) • perfis lipídicos desfavoráveis • alguns cancros infantis

Em Março de 2004, a UNICEF divulgou uma folha informativa sobre os benefícios do aleitamento materno. Nessa folha, com base em mais de 90 publicações, especialmente seleccionadas, relativas a resultados de investigação posteriores a 1990, a UNICEF (2004) concluiu que “Tem sido produzida evidência significativa e fiável que mostra que a amamentação tem importantes vantagens, quer para o lactente, quer para a mãe, mesmo nos países industrializados”, vantagens que agrupou nos termos seguintes:

Os bebés alimentados artificialmente estão em maior risco de:

- infecção gastrointestinal
- infecções respiratórias
- enterocolite necrosante
- infecções do tracto urinário
- infecções dos ouvidos
- doenças alérgicas (eczema, asma e dispneia)
- diabetes mellitus insulínica dependente

e os bebés amamentados podem ter melhor:

- desenvolvimento neurológico

As mulheres que amamentam têm um risco menor de:

- cancro da mama
- cancro do ovário
- fracturas da bacia e diminuição da densidade óssea

Outros resultados potencialmente protectores da amamentação (requerendo mais investigação):

- para o lactente
 - esclerose múltipla
 - apendicite aguda
 - amigdalectomia
- para a mãe
 - artrite reumatóide (UNICEF, 2004).

• Vantagens no plano do desenvolvimento psicológico, sensorial e motor

Às vantagens referidas nos parágrafos anteriores, devem somar-se as derivadas do vínculo afectivo mãe-filho, mais intenso e duradouro nos bebés amamentados ao peito, pois, ao que parece, estes, mais tarde, adaptam-se melhor no plano social e têm menos problemas na vida escolar e no relacionamento com outras pessoas (OMS, 1994; Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005).

O acto de amamentar não se baseia apenas na administração de nutrientes ao recém-nascido, mas é também “um acto que [...] simboliza o amor incondicional” (Dalai-Lama, 2003: 57) e que, ao satisfazer a necessidade de sucção e ao propiciar o contacto íntimo, pele com pele, promove o vínculo precoce e os laços afectivos entre mãe e filho (Velasco Juez e Aguilar Cordero, 2005).

Para Montagu (cit. por Northrup, 2004: 431), “aprendemos a ser humanos ao peito da nossa mãe”. Para esta autora, a amamentação é uma das coisas mais naturais e

carinhosas que todas as mães podem fazer por elas e pelos seus bebés, já que pela ocasião do parto todas as mulheres têm leite e todas, com muito poucas excepções, podem amamentar.

O aleitamento materno representa, para a família, um reforço dos laços afectivos, que se comprovou terem início com o contacto precoce entre mãe e filho, ajudando a prevenção dos maus tratos infantis, e, por acréscimo, faz com que as gravidezes sejam mais espaçadas, funcionando como contraceptivo, o que é especialmente relevante nos países em desenvolvimento (Levy, 1996; Silva e Fonseca, 1997; Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005; Graça, 2005).

Segundo Northrup (2004: 431), “as pessoas que se sentem mais seguras mais tarde na vida são as que tiveram um ligação física e emocional muito saudável com a mãe na infância”. Na opinião de Pratte-Marchessault (1977), tendo por base a opinião de numerosos psicólogos e pediatras, é primordial que um recém-nascido seja alimentado ao peito durante as primeiras semanas de vida, pois essa recordação interioriza-se no seu subconsciente e desse período depende um desenvolvimento psico-afectivo harmonioso. Reforça, dizendo que “o leite materno é insubstituível e a tendência de demasiadas mulheres modernas renunciando a amamentar os filhos corre o risco de desagradáveis consequências” (Pratte-Marchessault, 1977: 20). Dolto-Marette (cit. por Pratte-Marchessault, 1977: 20) chega a declarar que “não há autismo nem esquizofrenia nas crianças alimentadas ao seio [...] é terrível não dar à criança aquilo a que ela tem direito. Esse leite é dela, é ela que deve aproveitá-lo”.

Há também muitos sinais sugestivos de que o leite materno poderá ter efeitos benéficos no desenvolvimento sensorial, motor, intelectual, cognitivo e da linguagem (Ferguson, 1998):

Tembourcy et al. (1994, cit. por Ferráez de Lee, 1998: 47), num estudo sobre o desenvolvimento psicomotor de 229 crianças saudáveis, concluíram que, aos 18 ou 19 meses, “Resultados baixos no índice de desenvolvimento mental se associavam com [entre outras variáveis] a alimentação com fórmula”.

Ferráez de Lee (1998: 49) diz que “Também há evidências do efeito [da amamentação] sobre o desenvolvimento da linguagem, o qual se vê apoiado, desde logo, pela protecção do ouvido a infecções”.

Vestergaard et al. (1999) estudaram 1656 crianças dinamarquesas, com de 8 meses de idade. Nesse estudo, mediram-se três indicadores de desenvolvimento: engati-

nhar, pegar em pinça e balbuciar polissílabas. A duração da amamentação foi classificada de acordo com o número de meses de amamentação exclusiva. Os resultados mostraram que o nível desempenho das crianças, nas tarefas avaliadas, aumentou de forma consistente com o aumento da duração da amamentação exclusiva. Houve pouca ou nenhuma interferência de variáveis de confusão, tais como a situação social da família, a educação materna, a idade gestacional ou emprego da mãe.

Baldellou Vázquez (2005: 370) informa que “Existem sólidas evidências científicas de que as crianças com uma ECM [enfermidade metabólica congênita] alimentadas ao peito [...] têm um desenvolvimento intelectual melhor do que o [...] das que tenham tido [...] aleitamento artificial”.

Aguilar Cordero (2005d: 291) sustenta que os prematuros amamentados “parecem mostrar um melhor desenvolvimento intelectual aos 7 ou 8 anos de idade [...] possuem aos 2 anos um desenvolvimento psicomotor superior [...] assim como um melhor desenvolvimento da visão”.

Também o provável decréscimo da incidência de diabetes tipo 1, em crianças exclusivamente amamentadas, com a consequente redução da incidência de outras patologias, como as retinopatias e as nefropatias, pode contribuir para a diminuição dos riscos de anomalias sensoriais, especialmente da visão, tal como pode ser que tenha consequências positivas, no plano do desenvolvimento intelectual e cognitivo, graças ao incremento da probabilidade de manutenção da normoglicemia, dado que

A hipoglicemia nas crianças jovens parece estar associada a uma diminuição da função cognitiva e pode ter efeitos nocivos para o cérebro em desenvolvimento. No entanto, há estudos que mostram que a hiperglicemia, mais do que a hipoglicemia pode ter efeitos adversos e lesar a função cognitiva (Fagulha et al., 2004: 174).

León-Cava, Lutter, Ross e Martin (2002: 87-99) reviram 19 trabalhos de investigação sobre as incidências do aleitamento materno no desenvolvimento infantil. Apoiados nessa revisão, concluíram (León-Cava, Lutter, Ross e Martin, 2002: 12):

Vários estudos citados neste trabalho confirmam que as crianças amamentadas sobressaem em provas de desenvolvimento intelectual e motor, em comparação com as que não são amamentadas. Quando se têm em conta os factores de confusão, estas diferenças usualmente diminuem, se bem que persistam, indicando assim que nem todo o efeito observado se deve à confusão. A coerência entre as diferenças observadas através do tempo e do espaço, assim como a relação dose-resposta confirma ainda mais que este efeito é real e de origem biológica.

Por último, se bem que os mecanismos não sejam muito claros, existem possíveis explicações biológicas para o vínculo causal entre o aleitamento

materno e o desenvolvimento intelectual. Contrastando com os sucedâneos, o leite materno contém ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa, conhecidos pela sua importância para o crescimento e para o desenvolvimento cerebral. Os estudos, tanto em animais, como em seres humanos, têm documentado uma correlação entre os níveis séricos destes nutrientes e as pontuações obtidas nas provas. Além disso, considera-se que o contacto físico único, entre mãe e filho, proporcionado pela amamentação produz um estímulo psicossocial e um vínculo que proporcionarão benefícios para o desenvolvimento.

• Vantagens para a mãe

Na opinião de Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez (2005), entre as vantagens do aleitamento natural para a mãe, bem definidas na bibliografia internacional, sobressai o papel que desempenha na recuperação fisiológica após o parto, pois facilita a involução uterina, devido ao aumento transitório de ocitocina produzida durante a amamentação, diminuindo o risco de hemorragias e de infecções pós-parto e, consequentemente, prevenindo a anemia.

Em geral, as mães que amamentam recuperam mais rapidamente o peso anterior à gravidez. O aleitamento materno exclusivo estimula a produção de prolactina, que facilita a actividade da lipoproteína lipase na mama, diminuindo o tecido adiposo. Todavia, se os níveis de prolactina descem, devido a uma sucção ineficaz, diminui a actividade da lipoproteína, o que pode predispor a uma maior acumulação de tecido adiposo (Ferráez de Lee, 1998).

Alguns estudos apontam para a possível redução da incidência do cancro da mama em mulheres que amamentam por longos períodos. Admite-se igualmente que a amamentação prolongada, eventualmente como efeito da inibição do ciclo menstrual, pode diminuir os riscos de cancro do ovário e de problemas ósseos (osteoporose na idade pré-menopausa), mas ainda há alguma controvérsia em relação a estas possibilidades (Pratte-Marchessault, 1977; Schneider, 1987; Pisacane et al., 1994; Brun, Nilssen e Kvale, 1995; Rosenblatt e Thomas, 1993; Levy, 1996; Corrao et al., 1998; Labbok, 1999; Grant, cit. por Northrup, 2004).

O aleitamento materno também contribui para prevenir as depressões pós-parto, pois, segundo Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez (2005), a ocitocina que se liberta aquando da sucção do bebé, além de favorecer o sentimento de protecção, proporciona à mãe um efeito tranquilizador e de bem-estar.

Segundo Bértolo e Levy (2002) e Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez (2005), a amamentação serve ainda como método contraceptivo, embora pouco

seguro, não só porque mantém níveis elevados de progesterona que atrasam a ovulação (McCann e Liskin, 1987), mas também porque durante a sucção têm lugar estímulos nervosos que chegam ao hipotálamo através da medula espinal, dando lugar à libertação local de β -endorfinas que, ao inibir a hipófise, impedem a secreção da hormona libertadora de gonadotrofina, necessária ao desenvolvimento dos folículos e dos ovários, pelo que não sucede a ovulação nem a menstruação. As β -endorfinas promovem a secreção de prolactina, fundamentalmente para a manutenção da produção de leite. A sucção frequente e prolongada do bebé aumenta a quantidade de β -endorfinas, o que dá lugar a uma duração mais prolongada da amenorreia e a um intervalo mais espaçado entre gravidezes. No entanto, para se verificar este efeito anticoncepcional, é fundamental que se cumpram todas as condições: “aleitamento materno praticado em regime livre, sem intervalos nocturnos, sem suplemento de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida” (Bértolo e Levy, 2002). Esta protecção, que pode prolongar-se até seis meses, enquanto a menstruação não voltar, é um importante meio de controle da explosão demográfica, nos países menos desenvolvidos (Ferraéz de Lee, 1998; Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005).

• Vantagens económicas

Do ponto de vista económico, é mais barato alimentar um recém-nascido com leite materno do que com leites artificiais. Por outro lado, é mais prático, está sempre pronto e à temperatura ideal, não necessitando de qualquer equipamento ou procedimento especial para a sua preparação. Além disso, o recém-nascido aleitado ao peito terá, em princípio, menos infecções e menos perturbações digestivas, reduzindo os custos com a manutenção da sua saúde e contribuindo para diminuir a taxa de absentismo ao trabalho por parte dos pais (Levy, 1994).

O leite humano é um produto único, especializado, natural e específico para o bebé. Os seus benefícios recebe-os toda a sociedade, já que, como se viu, com este tipo de alimentação diminui a morbilidade, em todo o mundo, e a mortalidade, nos países em vias de desenvolvimento.

• Vantagens ecológicas

As vantagens ecológicas do aleitamento materno baseiam-se no facto de ser um produto natural, renovável, não contaminado e auto-suficiente. A sua produção e distribuição não requer energia, não utiliza recipientes que tenham que ser reciclados e não

precisa de ser transportado. Por todas estas razões, a amamentação é uma prática ecologicamente viável, que se deve promover, proteger e apoiar (Carvalho, 2005).

Demasiadas vezes indiferente ao facto de o leite materno ser um recurso natural, renovável e de alto valor biológico, e alheia à constatação de que a amamentação é um direito ecológico de todos os mamíferos, a espécie humana é a única que oferece leite artificial ou de outros animais, às suas crias. Na opinião de Carvalho (2005), cada vez que uma mãe oferece ao seu filho leite adaptado, não imagina quanto o prejudica, quanto se prejudica a si mesma e quanto prejudica todo o planeta.

Carvalho (2005: 555) pergunta, “por que é que uma mãe, quando decide amamentar, está a proteger o planeta?”.

Pois bem, em primeiro lugar, porque o leite materno é um produto natural, biologicamente adaptado, ou seja, específico de cada mamífero e que é adequado para o óptimo crescimento e desenvolvimento das suas crias (Lawrence, 1999).

Em segundo lugar, porque a produção de leite de vaca, de biberões, de chupetas e de outros produtos (que em muitos casos não se podem reciclar e não são biodegradáveis) utilizados na embalagem do leite em pó acarreta grandes gastos energéticos e de recursos, origina desperdícios enormes e leva à libertação de toxinas e de gases poluentes na atmosfera (Albuquerque, 2001). Contrastando com tudo isto, o leite materno é o único alimento produzido sem trabalho e que se entrega ao consumidor sem se deteriorar, sem originar desperdícios, sem necessidade de embalagem e sem produzir resíduos não biodegradáveis (WABA, 1997).

4.2. Contra-indicações do aleitamento materno

Afirma Reis Morais (2005) “costumo dizer que uma das primeiras contra-indicações para amamentar é a mãe não querer. Compete-nos explicar as vantagens, mas se, mesmo assim, a mãe recusa, há que evitar criar sentimentos de culpa, cuja influência se pode reflectir negativamente na relação mãe/filho”.

• Contra-indicações temporárias

Na opinião de Bértolo e Levy (2002), existem situações que, enquanto não resolvidas, impedem temporariamente as mães de dar o peito aos seus filhos. A título de exemplo, referem mães com algumas doenças infecciosas, como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada, ou ainda situações em que seja necessário recorrer a certos tipos de medicação. Assim, no dizer destes autores, os bebés, durante

esses períodos, devem ser alimentados com leite artificial, por copo ou colher, mas a produção de leite materno deverá ser estimulada e incentivada, a fim de possibilitar a relactação, quando superado o impedimento.

• **Contra-indicações definitivas**

Segundo Bértolo e Levy (2002), as contra-indicações definitivas do aleitamento materno não são frequentes, mas existem. Mães com doenças graves, crônicas ou debilitantes, mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (SIDA), mães que necessitem prolongadamente de fármacos nocivos para os bebês, e ainda bebês com certas doenças metabólicas (fenilcetonúria, galactosemia). As mães com hepatite B e hepatite C, porém, podem dar o peito aos seus filhos e só se tiverem fissuras nos mamilos é que devem abster-se de amamentar (Silva e Fonseca, 1997).

O caso da SIDA merece ser visto com um pouco mais de detalhe. A OMS recomenda que se continue a investigar como prevenir e combater este grave problema. Segundo esta organização, em 2001 havia 4 milhões de bebês infectados por HIV, dos quais mais de 90% se encontravam em África, Iberoamérica e Sudoeste Asiático. De todos eles, cerca de 4 milhões foram infectados pela mãe *in utero*, no momento do parto e durante a amamentação. Com estes estudos chegou-se à conclusão de que as mães infectadas pelo HIV não deviam amamentar, contudo, isto trazia consequências catastróficas para os bebês dos países em vias de desenvolvimento, já que o risco de morte por não serem alimentados com leite humano pode sobrepor-se ao risco da transmissão vertical do vírus. Por outro lado, há quem acredite que os bebês amamentados de forma exclusiva, correm menos riscos de infecção pelo leite materno, do que pela introdução precoce de alimentação complementar, pois esta pode provocar pequenas hemorragias na parede intestinal e facilitar a introdução do HIV na corrente sanguínea do bebê. Por isso, segundo Ponsell Vicens e Aguilar Cordero (2005), recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até aos três meses, de maneira que o bebê beneficie desta alimentação, durante o período de vida mais vulnerável, e, a partir daí, recomenda-se a substituição por leite adaptado. Há também estudos que comprovam que a pasteurização do leite materno pode destruir o vírus (HIV), sem prejudicar demasiado a sua qualidade nutricional e imunológica. Sabe-se ainda que o leite materno contém proteínas que, em determinadas condições, podem neutralizar diferentes vírus e também o HIV. O melhor seria avaliar de forma individualizada quando se sabe que a mãe está infectada, é necessário avaliar os benefícios do aleitamento materno perante o risco de contrair o HIV.

Cada caso deverá ser analisado individualmente e com bom senso e a decisão terá de ter em conta a saúde e bem-estar da mãe e do bebé, assim como as condições socioeconómicas, culturais, ecológicas e ambientais (Galvão, 2006).

4.3. Até quando amamentar?

A OMS e a UNICEF (1995) recomendam o aleitamento materno exclusivo, desde o nascimento, até aos quatro/seis meses, e a manutenção da amamentação, com alimentos complementares, até aos dois anos de idade, ou mais, e já em 1994 a OMS referia que dar outro alimento além de leite materno, antes dos quatro meses de idade, é desnecessário e potencialmente prejudicial, sob o ponto de vista das necessidades nutricionais, da maturação fisiológica e da segurança imunológica. No entanto, nos países desenvolvidos, a maioria das mães começa a administrar o biberão, ou outros alimentos artificiais, antes dos quatro meses, e muitas desmamam, muito antes de a criança ter dois anos, idade recomendada para o desmame, segundo estas organizações. Alguns médicos consideram que seis meses constituem um período de amamentação prolongado e acham questionável que as mulheres amamentem os seus filhos mais do que um ano.

A OMS publicou, em 2001, uma resolução segundo a qual os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida. Esta resolução baseou-se num estudo, efectuado nas Honduras, onde se demonstrou que os bebés amamentados exclusivamente com leite materno durante seis meses, cresciam melhor, do que os bebés amamentados unicamente durante quatro meses, que a alimentação complementar, aos quatro meses, não tinha vantagens para o crescimento e que os bebés exclusivamente amamentados durante seis meses tinham melhor desenvolvimento psicomotor e menor incidência de alterações alérgicas e digestivas (Pérez-Escamilha, 2001).

Se é hoje um dado adquirido que o leite materno é o melhor para um bebé durante os primeiros meses, a verdade é que, a partir daí, os consensos desaparecem, muitas vezes por efeito de factores de ordem sócio-cultural. Por exemplo, se certas etnias optam pela amamentação prolongada, noutras é popular o receio de que essa situação possa causar traumas às crianças. Isto para não falar de preconceitos, como o de «atentado ao pudor» que é muitas vezes associado ao acto de amamentar em público, sobretudo se o «amamentado» tiver já um ano ou mais.

Estima-se que, no início do Século XX, 58% dos bebés eram amamentados para além dos doze meses. Hoje, a realidade é bem diferente. Depois da revolução dos leites artificiais, nos anos de 1960, e das mudanças sociais que levaram a mulher a trabalhar fora de casa, tudo mudou em termos de amamentação. Regressar a ela tem sido um processo lento. É essa, pelo menos, a conclusão de um estudo sobre “Promoção da Amamentação na Europa”, realizado, em 2003, a pedido da Comissão Europeia, e que incluiu 29 países.

Em Portugal, em 1998/1999, quase 100% das mães começavam a amamentar os seus filhos, mas essa taxa descia para 34%, quando se consideravam as mães que continuavam a amamentar, aos seis meses de vida do bebé (Bértolo e Levy, 2002). Este último número é um dos mais baixos entre todos os países que participaram no, atrás referido, estudo sobre “Promoção da Amamentação na Europa”, apenas ultrapassado pela Grã-Bretanha, Lituânia e Bélgica. Nos países nórdicos, 70 a 80% das mães amamentam durante pelo menos seis meses. De salientar ainda que, aos doze meses, a percentagem de mães portuguesas que continuavam a amamentar se ficava, em 1999, pelos 16% (Bértolo e Levy, 2002).

Ainda assim, os números para Portugal desenhavam uma linha nitidamente ascendente, uma vez que os dados imediatamente anteriores, relativos a vários pequenos estudos, realizados nas décadas de 1980 e 1990, apontavam para uma taxa de amamentação, aos seis meses, de apenas 11%.

Apesar de este ser um progresso lento, uma coisa é certa, a tendência é para que cada vez mais mães amamentem e por períodos cada vez mais longos. E, então, muitas delas perguntam-se: “Até quando amamentar?” A verdade é que não há só uma resposta. Cada par mãe-bebé terá de encontrar a sua preferência, livre de pressões exteriores. Um critério possível é seguir os conselhos do pediatra ou médico assistente do bebé, mas é bom saber que, nesta matéria, não há consenso.

A Academia Americana de Pediatria recomenda a amamentação pelos menos até aos doze meses e, a partir daí, enquanto a mãe e o bebé desejarem. Esta, porém, parece não ser ainda a convicção da generalidade dos pediatras portugueses.

Na opinião de Reis Morais (2005),

... a alimentação do recém-nascido deve ter início logo que este esteja estabilizado, após o parto. Naturalmente que o alimento ideal é o leite materno. A mãe apercebe-se e aprende rapidamente quando o bebé quer mamar. Por isso, o meu conselho é dar o peito quando solicitado. Claro que convém esclarecer que, se acabou uma mamada, a mãe sentiu que tinha leite e que o bebé mamou bem, se

ele começa a chorar, provavelmente não será por ter fome, podem ser, por exemplo, cólicas, às vezes por excesso de leite.

Assim, acrescenta “como regra geral aconselho o leite materno como único alimento até aos quatro meses. Se o desenvolvimento do lactente é bom e a mãe tem disponibilidade, aconselho mesmo chegar até aos cinco/seis meses”.

Nesta linha de pensamento, o mesmo autor reforça que

... a diversidade far-se-á de modo suave sem muita pressa. Se a mãe tem possibilidade e quer, poderá manter o leite materno na primeira e na última mamada até ao ano de vida. Embora não haja contra-indicações absolutas para amamentar para além desta idade, a verdade é que a dependência afectiva da mamada, do bebé sentir-se acarinhado quando a mãe lhe dá a mama, poderá resultar em situação em que ele acorda duas ou mais vezes de noite e chora. A mãe dá-lhe a mama e ele logo adormece, provando que não chorava por fome, mas sim por sentir a mãe. Penso que nesta idade será a altura de libertar as mães de mais este cuidado e de lhes permitir umas noites mais descansadas.

Opinião bem diferente é a de Northrup (2004: 431), que considera aquele argumento assente numa crença sem fundamento: “há bebés amamentados que dormem a noite inteira e crianças que aos três anos ainda acordam de noite para beber biberão. Isso tem a ver com o ritmo de cada bebé, mais nada”.

Quanto à recomendação da OMS, reiterada pela UNICEF, baseada em estudos recentes sobre os benefícios da amamentação prolongada, é vista em Portugal como sendo dirigida sobretudo aos países em desenvolvimento, onde a mortalidade infantil aumentará brutalmente se as taxas de amamentação diminuírem (Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero, 2005).

Para Levy (1994: 11),

... em África, o aleitamento materno é, de facto, uma questão de sobrevivência e a OMS faz recomendações para o mundo inteiro. No nosso país, penso que o que interessa é ajudar a mãe a cumprir o seu projecto. Hoje, as mães que trabalham têm direito a optar por uma licença de parto de cinco meses (com o vencimento a 80%). No caso de poderem juntar à licença um mês de férias, podem ficar com o bebé até aos seis meses. Se der de mamar até aos seis meses em exclusivo, é o seu projecto, já podem fazê-lo. A nossa obrigação, enquanto profissionais de saúde, é ajudá-las a cumprir esse projecto.

Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero (2005: 28), subscrevem esta posição, afirmando que não há regras, “o que a mãe sente deve ser mais importante do que tudo o resto, mas na nossa sociedade o que ela sente é muito condicionado. A amamentação é, sobretudo, um processo relacional e, portanto, há uma infinidade de opções possíveis”. A ideia é que cada pessoa descubra como quer fazer e tenha algum

apoio. Nenhuma mulher é melhor ou pior mãe por dar de mamar mais ou menos tempo e não deve haver pressões em nenhum dos sentidos.

Partindo deste pressuposto, o que dizer às mães que continuam a amamentar para além dos seis meses? Desde logo, que o leite materno continua a ter, do ponto de vista físico, vantagens importantes para o seu bebé. Factores imunológicos, benefícios para o desenvolvimento neurológico, diminuição de riscos de infecções continuam a ser compensações para as crianças que mamam até mais tarde.

Mas, nas palavras de Cristina Leite, “ninguém dá de mamar até aos dois anos do bebé só porque os investigadores afirmam que é o melhor para o desenvolvimento do sistema nervoso central. É preciso que tanto a mãe como o bebé queiram” (cit. por Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero, 2005: 28).

Que é preciso os dois quererem, é também a opinião do pediatra Fernando Chaves (cit. por Esteves, 2005) e de Bértolo e Levy (2002: 9) que afirmam

... a amamentação é como um namoro. Quando um dos dois não quer, não acontece. Primeiro, é preciso que a mãe queira e, hoje em dia, isso nem sempre acontece. Há mães que dizem que só querem amamentar até aos dois meses, ou até aos três, porque depois querem começar a ir ao cinema, jantar fora, etc. O ritmo social, não só do ponto de vista laboral, torna difícil as mães amamentarem muito tempo. Acho fascinante que um bebé seja amamentado em exclusivo até aos seis meses, mas hoje raramente se ultrapassa os quatro.

Para as mães que amamentam para além dos seis meses, essa é sem dúvida uma experiência agradável e positiva. E, ao contrário do que se possa pensar, este não é um privilégio que só algumas podem ter. Nem só as mães que não trabalham fora de casa podem optar por continuar a amamentar.

Depois da introdução dos alimentos sólidos, e mesmo estando a mãe longe do bebé o dia inteiro, é possível continuar a dar de mamar duas ou três vezes por dia, de manhã e à noite. Esta rotina, que pode manter-se durante muitos meses, é reconfortante para o bebé, mas também para a mãe. É um momento só dos dois, como se respirassem juntos longe de tudo e de todos. Este tempo único reafirma o vínculo entre mãe e bebé.

Para Chaves (cit. por Esteves, 2005: 30), “o desmame completo é como cortar definitivamente o cordão umbilical”. Há casos em que este corte tem de ser tão radical e repentino quanto o primeiro, mas o desejável é que o processo do desmame seja gradual.

O ideal é responder às necessidades do bebé e, se nos primeiros meses um recém-nascido mama fundamentalmente para se alimentar e obtém como gratificação

calor e segurança do amor da mãe, já um bebé com oito, dez ou doze meses, continua a mamar por razões que se prendem mais com o conforto e a segurança do que com necessidades alimentares. Ou seja, se oferecermos um biberão de leite a um bebé dessa idade, ele até pode aceitá-lo, mas isso não substitui, para ele, o colo e o contacto com a pele da mãe. E é isso que, para muitas pessoas, é motivo de preocupação.

Será que a criança não vai ficar muito dependente da mãe? Será que vai tornar-se mimada?

Àquelas perguntas há quem responda com um simples “Isso já é vício! O melhor é largar a mama”. E não é invulgar que mães que amamentam crianças que já começaram a andar sejam consideradas “não naturais” e acusadas de reforçarem uma dependência desnecessária da criança.

Leite (cit. por Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero, 2005) baseia-se em toda a informação que a La Leche League disponibiliza, mas também em toda a experiência de quatro anos como moderadora de reuniões com mães que amamentam, para responder peremptoriamente: “Não! Não há quaisquer consequências negativas por uma criança ter dois anos e mamar. Pelo contrário, pode tornar-se mais segura e confiante.” Levy (1994) partilha da mesma opinião: “não faz mal nenhum mamar até aos dois anos. Só faz é bem! Tem é de haver regras, como em tudo. A maior parte dos pais, hoje, não educa para a autonomia, educa para a dependência e isso não tem nada a ver com mamar ou não até tarde”.

4.4. O direito a amamentar

Ao longo dos últimos 25 anos, muitos países adoptaram medidas mais ou menos empenhadas de promoção da forma mais natural de alimentar os bebés e de criação de condições facilitadoras da sua manutenção prolongada.

Acompanhando a tendência internacional, em Portugal, na sequência de um esforço legislativo que teve, em 1984, um dos seus momentos iniciais mais significativos com a publicação da Lei N° 4/1984, de 5 de Abril, sobre a protecção da paternidade e da maternidade, está hoje legalmente fixado um importante conjunto de direitos e deveres, visando fomentar a amamentação, nomeadamente através do Decreto-Lei n° 70/2000, de 4 de Maio, de que se transcrevem alguns dos passos mais relevantes:

Artigo 1º Paternidade e maternidade

1 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

2 - Os pais e as mães têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação.

Artigo 2º Definições

Para efeitos de aplicação do presente diploma, entende-se por:

a) «Trabalhadora grávida» toda a trabalhadora que informe o empregador do seu estado de gestação, por escrito e mediante apresentação de atestado médico;

b) «Trabalhadora puérpera» toda a trabalhadora parturiente, e durante os 98 dias imediatamente posteriores ao parto, que informe o empregador do seu estado, por escrito e mediante apresentação de atestado médico;

c) «Trabalhadora lactante» toda a trabalhadora que amamenta o filho que informe o empregador do seu estado, por escrito e mediante apresentação de atestado médico.

Artigo 3º Igualdade dos pais [...]

4 - São garantidos às mães direitos especiais relacionados com o ciclo biológico da maternidade [...]

Artigo 6º Incumbências dos serviços de saúde [...]

c) Desenvolver, em cooperação com as escolas, autarquias locais e outras entidades públicas e privadas, acções de informação e esclarecimento sobre a importância do planeamento familiar, da consulta pré-concepcional, da vigilância médica da gravidez, da preparação para o parto, do parto assistido, das vantagens do aleitamento materno e dos cuidados com o recém-nascido [...]

Artigo 8º Incumbências especiais do Estado [...]

i) Desenvolver as medidas adequadas à promoção do aleitamento materno;

j) Fomentar o ensino, a aprendizagem e a formação pré-graduada, pós-graduada e contínua aos profissionais de saúde nas áreas da saúde reprodutiva e da saúde infantil e juvenil [...]

Artigo 14º Dispensas para consultas e amamentação [...]

2 - A mãe que, comprovadamente, amamenta o filho tem direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por dois períodos distintos de duração máxima de uma hora para o cumprimento dessa missão, durante todo o tempo que durar a amamentação.

3 - No caso de não haver lugar a amamentação, a mãe ou o pai trabalhador tem direito, por decisão conjunta, à dispensa referida no número anterior para aleitação até o filho perfazer um ano [...]

Artigo 21º Protecção da segurança e saúde

1 - As trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes têm direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho [...]

6 - É vedado às trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes o exercício de todas as actividades cuja avaliação tenha revelado riscos de exposição aos agentes e condições de trabalho, que ponham em perigo a segurança ou a saúde

Artigo 22º Dispensa de trabalho nocturno

1 - As trabalhadoras são dispensadas de prestar trabalho nocturno: [...]

c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for apresentado certificado médico que ateste que tal é necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 - Às trabalhadoras dispensadas da prestação de trabalho nocturno será atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível.

3 - As trabalhadoras serão dispensadas do trabalho sempre que não seja possível aplicar o disposto no número anterior [...]

Artigo 24º Protecção no despedimento

1 - A cessação do contrato de trabalho de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes, promovida pela entidade empregadora, carece sempre de parecer prévio da entidade que, no âmbito do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, tenha competência na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

2 - O despedimento de trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes presume-se feito sem justa causa.

3 - O parecer referido no Nº 1 deve ser comunicado à entidade empregadora e à trabalhadora nos 30 dias subsequentes à recepção do processo de despedimento pela entidade competente.

4 - Se o parecer referido no Nº 1 for desfavorável ao despedimento, este só pode ser efectuado após decisão judicial que reconheça a existência de motivo justificativo.

5 - É nulo o despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante caso não tenha sido solicitado o parecer referido no Nº 1, cabendo o ónus da prova deste facto à entidade empregadora.

6 - A suspensão judicial do despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante só não será decretada se o parecer referido no Nº 1 for favorável e o tribunal considerar que existe probabilidade séria de verificação do motivo justificativo.

7 - Sendo decretada a suspensão judicial do despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, se a entidade empregadora não pagar a retribuição devida é aplicável o disposto no artigo 10º do Decreto-Lei Nº 69-A/1987, de 9 de Fevereiro.

8 - Se o despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante for considerado inválido, esta tem direito, em alternativa, à reintegração, a uma indemnização em dobro da prevista na lei geral ou em convenção colectiva aplicável, sem prejuízo, em qualquer caso, de indemnização por danos não patrimoniais.

9 - O disposto nos números anteriores aplica-se, com as necessárias adaptações, no âmbito das relações públicas de emprego.

Artigo 33º Legislação complementar [...]

2 - O Governo legislará nomeadamente sobre a produção, a comercialização e a publicidade de produtos dietéticos para crianças menores de 1 ano, tendo em vista o incremento da amamentação materna.

PARTE II

Tema nuclear da dissertação

PARTE II

Tema nuclear da dissertação

1. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

1.1. O quadro geral

Nos anos 1980/1990, foram dadas como cientificamente validadas e foram consensualmente aceites, pelas grandes instituições internacionais, as inegáveis vantagens do aleitamento materno, quer para o bebé, quer para a mãe. Todavia, vários anos passados, a UNICEF ainda lamentava que o número de crianças amamentadas exclusivamente, até aos seis meses de idade, não se tivesse aproximado suficientemente dos 50% preconizados pela OMS e pela Academia Americana de Pediatria (Ruíz Ferrón, Romero Martínez, Barberá Rubini e Arnedillo Sánchez, 2003).

Na verdade, após mais de duas décadas de promoção da amamentação, em muitos países, ainda permanecem por alcançar os objectivos inicialmente traçados (Ruíz Ferrón, Romero Martínez, Barberá Rubini e Arnedillo Sánchez, 2003).

Uma recente avaliação, no Reino Unido, demonstrou um aumento de 3% na taxa de amamentação inicial, nos últimos anos. No entanto, como referem Ruíz Ferrón, Romero Martínez, Barberá Rubini e Arnedillo Sánchez (2003), as taxas de adesão à amamentação são variáveis, entre os vários países e mesmo dentro de um só país. Segundo estes autores, uma revisão da Livraria Cochrane, em 2002, agrupou um conjunto de países economicamente desenvolvidos, em função dos níveis de adesão ao aleitamento materno. O grupo com melhor posição, a este nível, incluía os países, situados na Escandinávia e no Leste da Europa, que apresentavam as taxas de início mais altas, entre 91 e 95%. O segundo grupo englobou os países do Centro e do Sul da Europa, com taxas de início entre 70 e 80%. O terceiro grupo reunia a América do Norte, a Inglaterra, a França e a Holanda, com taxas de início entre os 34 e 62%. Porém, se as altas taxas de início observadas, na generalidade dos casos, podiam ser consideradas

altas, constatou-se igualmente que a prevalência, aos três meses de idade da criança, diminuía acentuadamente.

Entretanto, nestes anos iniciais do Século XXI, no espaço da União Europeia (UE), a tendência de diminuição das taxas de prevalência da amamentação também começa a revelar alguma recuperação, ainda que lenta (Amorim, 2002), como é exemplificado pelo caso dos países escandinavos, em que actualmente se atinge uma prevalência próxima dos 90%, com uma duração média de cinco meses.

1.2. A situação portuguesa

Em Portugal, embora os estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência do aleitamento materno não sejam muito abundantes e não existam dados resultantes de levantamentos de âmbito nacional e de pesquisas com carácter longitudinal, têm sido acumulados indícios consistentes, sobretudo de carácter regional, que permitem estimar que os dados nacionais se situam dentro do intervalo de variação registado nos países do Sul da Europa, onde as taxas de início da amamentação se aproximam dos 80% e andam pelos 50%, aos três meses, e decrescem para os 25%, aos seis meses, valores que, quanto à manutenção da amamentação, ficam muito afastados da meta preconizada pela OMS.

De acordo com a informação disponibilizada pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1995/1996), a prevalência do aleitamento materno era, à data, de 81,4%, à nascença, de 57%, no primeiro mês de idade dos recém-nascidos, de 36%, no terceiro mês, e de 20%, aos seis meses.

Os números publicados pela Direcção Geral de Saúde, referentes à incidência e prevalência do aleitamento materno, mostravam que, em 1997, na região de Lisboa, 75% das mães amamentavam os filhos, durante o primeiro mês de vida do lactente, diminuindo, para 41%, o número das que o mantinham, aos três meses, e, para 23%, aos seis meses.

O Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 apresentou dados parecidos, verificando-se que a incidência da amamentação, ou seja, o número de mulheres que a iniciavam, era de 85%, e que as taxas de prevalência eram de 62%, após os dois primeiros meses de vida do recém-nascido, e de 29%, após os seis meses.

Um estudo realizado, em 1999, revelou que, nos Hospitais de Cascais e Amadora-Sintra, a prevalência do aleitamento materno tinha aumentado, no primeiro mês de

vida, quando comparada com as estimativas a nível nacional, observando-se que 97,3% das mães amamentavam, à saída da maternidade, e 80,6% continuavam a fazê-lo passando um mês, mas que nas contagens subsequentes os valores foram semelhantes aos dados nacionais então disponíveis, ou seja, a prevalência foi de 48,3%, aos três meses, e 22,4%, aos seis meses (Alves, Lamy e Henriques, 1999).

Através dos resultados de um outro estudo, igualmente divulgado por (Alves, Lamy e Henriques, 1999), verificava-se, na mesma altura, uma elevada taxa de aleitamento materno (80 a 90%), durante a estada na maternidade, mas essa taxa decrescia rapidamente, para 50 a 60%, principalmente no primeiro mês de vida.

Nos últimos 20 anos, foram realizados, pelo menos, cinco estudos, relativos à região de Coimbra.

Em 1979, num grupo de 279 crianças que frequentavam o Centro de Saúde de Coimbra, a incidência do aleitamento materno, na vizinhança do parto, foi de 89,3%, e a prevalência foi de 40,5%, aos dois meses, e de 19,6%, aos quatro meses.

Em 1982, um outra investigação, com idêntico âmbito territorial, revelou uma prevalência do aleitamento materno de 77,4%, no início do primeiro mês de vida do lactente, de 58,2%, aos dois meses, e de 53,4%, aos quatro meses. As taxas de amamentação exclusiva reveladas pela mesma investigação, foram, respectivamente, de 57,5%, 42,5% e 11,5%.

Em 1984, na Maternidade Dr. Daniel de Matos, verificou-se que 92% dos recém-nascidos eram amamentados ao peito no momento da alta. Um ano mais tarde, no mesmo local, um outro estudo apontou uma percentagem de aleitamento materno de 89%, imediatamente a seguir ao nascimento, de 74%, passado um mês, de 61,5%, aos dois meses, e de 37,5%, aos quatro meses.

Por último, em relação à região de Coimbra, em 1990, observou-se uma prevalência de aleitamento materno de 70,8%, ao fim de um mês de vida dos recém-nascidos, de 59,8%, aos dois meses, e de 42,4%, aos quatro meses. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, os valores correspondentes foram, no primeiro mês, 59,4%, aos dois meses, 46,6% e, aos quatro meses, 34,3%.

A tese de doutoramento da pediatra Leonor Levy (1996), sobre “O sucesso do aleitamento materno”, mostrou que, em meados da década de 1990, um mês após o parto, mais de metade das mulheres portuguesas deixara de amamentar.

Relativamente à zona em que o trabalho presente incide, a dissertação de mestrado de Fonseca (1999), sobre “Aleitamento materno numa população do concelho de Chaves”, deu a conhecer que, entre as 311 mães que procuraram cuidados pediátricos, nos serviços de consulta externa e de internamento do Hospital Distrital de Chaves, entre 11 de Fevereiro e 29 de Junho de 1998, o aleitamento materno foi iniciado por 298 (95,8%), mas só era prosseguido por 153 (49,2%), ao quarto mês. Poderá adiantar-se que os números correspondentes, recolhidos na pesquisa agora divulgada, igualmente incidente sobre uma amostra de mães do concelho de Chaves, composta pelas 173 mulheres que deram à luz, no mesmo Hospital Distrital de Chaves, entre 1 de Setembro de 2004 e 6 de Janeiro de 2005, melhoraram consideravelmente, atingindo, respectivamente, 98,8 % e 65,9%, equivalendo a ganhos relativos de 3,1%, no primeiro caso, o que não parecendo muito, é realmente apreciável, posto que a situação de partida estava já bastante próxima do limite absoluto ao crescimento (100%), e, no segundo caso, de 33,9%, ou seja, uma taxa média de crescimento anual superior a 5%.

2. SUCESSO E INSUCESSO NO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno, nas décadas mais recentes, deixou de ser uma actividade natural e sem alternativa, passando a ser apenas uma opção. Na década de 70, quando as taxas de aleitamento materno alcançaram os níveis mais baixos da história da humanidade, começou a ocorrer um movimento internacional para resgatar a “cultura da amamentação”. Aguilar Cordero (2005: XVI) advoga que “o século XXI deve ser decisivo para que a recuperação total do aleitamento materno seja um sucesso”.

Para Bértolo e Levy (2002), quando se fala de sucesso na amamentação, é necessário ter em conta o projecto materno, pois para a mãe a prática do aleitamento materno de curta duração pode ser um sucesso, desde que corresponda às suas expectativas.

A maior parte das mulheres poderão amamentar com sucesso desde que devidamente esclarecidas, encorajadas e apoiadas na sua prática (Bértolo e Levy, 2002). Ainda segundo os mesmos autores, “o sucesso do aleitamento materno pode ser definido por uma amamentação mais prolongada” (Bértolo e Levy, 2002: 9), desde que o bebé aumente de peso e tenha um bom desenvolvimento psicomotor.

Como processo interactivo de satisfação das necessidades físicas e psicológicas do bebé e da mãe, a amamentação bem sucedida depende de uma opção fundamentada em vivências pessoais, sociais e educativas facilitadoras da amamentação, e requer apoio familiar, confiança da mãe na sua capacidade para amamentar e para cuidar do filho, um bebé capaz de mamar eficazmente, que cresce e se desenvolve, e assistência por profissionais de saúde capazes de actuar de forma motivadora e de ensinar a agir, de modo a tornar a amamentação um êxito e a propiciar prazer em amamentar e em mamar.

Neste contexto, Bértolo e Levy (2002) referem que o sucesso do aleitamento materno pode ainda ser definido pela qualidade da interacção entre mãe e bebé, durante a mamada, pois esta proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre eles. Uma boa interacção entre a mãe e o bebé durante a mamada pode ser definida como uma “valsa” (Levy, 1994), na qual cada um dos interlocutores, mãe e bebé, emite sinais ao outro, sinais esses que são decodificados, dando origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua de mãe e bebé, cada vez mais rica e complexa (Bértolo e Levy, 2002),

e num equilíbrio em que não existe rigidez na duração ou no horário. Referem ainda que alguns autores atribuem grande parte do insucesso à inexistência de bons padrões interactivos entre mãe e bebé durante a mamada.

Assim, para os dois últimos autores invocados, um aleitamento materno com sucesso ocasiona, habitualmente, uma boa transferência de leite entre a mãe e o bebé. A transferência de leite refere-se, não à quantidade de leite que a mãe produz, mas à que o bebé obtém, sendo a actuação do bebé particularmente importante na regulação da quantidade de leite que ingere, na duração da mamada e na produção do leite pela mãe.

Em suma, o sucesso do aleitamento materno depende mais do desejo da mãe amamentar o seu filho do que de qualquer outro factor. Porém, é preciso que esta, além de motivada, esteja preparada e disponha de condições para o fazer (Applebaum, 1975).

2.1. Factores de insucesso ou de sucesso

Características ou condições como o estatuto sócio-económico-cultural, a idade, a raça, o estado civil, a paridade e o trabalho materno podem estar associados a um maior ou menor sucesso do aleitamento materno.

Voggel, Hutchison, e Michel (1999) admitem a existência de relações entre, de um lado, a decisão de amamentar e a duração da amamentação, e, de outro lado,

- a idade da mãe,
- o nível social e económico da família,
- o grau de escolaridade da mãe,
- as atitudes perante a gravidez,
- a experiência vivida durante a gestação,
- o tipo de parto,
- a valorização subjectiva da experiência vivida no período puerperal,
- a disposição para vir a ter, ou não, mais filhos
- a influência do cônjuge e de outras pessoas significativas,
- os efeitos da comunicação social.

No parágrafos seguintes, tratar-se-á dos aspectos listados, de forma agrupada, para facilitar a exposição.

• Idade da mãe

O estudo de Torrado da Silva e cols. (cit. por Levy, 1996), realizado em Portugal, refere uma menor incidência e também uma menor duração do aleitamento mater-

no, até aos três meses de vida, à medida em que a idade materna aumenta (Cordeiro e Carvalho, 1990).

Em 2003, um outro estudo, intitulado “Uma observação sobre o aleitamento materno”, realizado pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, revelou haver associação entre a idade materna e a incidência, decisão e duração da amamentação.

Como em qualquer outra questão de saúde, no caso do aleitamento materno também se produzem desigualdades. Não é difícil encontrar grupos de mulheres com taxas de início, duração e amamentação exclusiva mais baixas, em comparação com outros grupos de mães (Cattaneo e Aguilar Cordero, 2005). Em geral, entre as mulheres adolescentes, que constituem um grupo normalmente menos bem sucedido neste aspecto, as que têm um nível de educação inferior, as mais pobres, as imigrantes, as fumadoras e as que pertencem às minorias étnicas, sofrem ainda mais problemas com a amamentação e vêem agravados os seus indicadores de insucesso (Ryan et al., 1991; Dubois e Girard, 2001).

A literatura revista é omissa, no que se refere às eventuais incidências, sobre o aleitamento materno, da idade do pai e da diferença de idades entre o pai e a mãe. Por isso, a avaliação da influência destas duas variáveis fez parte dos objectivos do estudo que se relata na segunda parte desta dissertação. Em ambos os casos, porém, os dados recolhidos, não permitiram evidenciar qualquer associação significativa.

• **Nível social e grau de escolaridade**

Autores como Switzky e cols. (1979), Grossman e cols. (1987, Lucas e cols. (1988), While (1988), Delight e cols. (1991), Serrano (1989) e Michaelsen et al. (1994), citados por Levy (1996), e ainda Rocha e Gomes (1998), verificaram, ao longo dos últimos vinte anos, um aumento do número de mulheres que escolhem amamentar, variação mais frequentemente registada na classe média e em casais instruídos. Verificaram também haver relação positiva entre classe social, grau de escolaridade e amamentação, quanto mais elevada for a escolaridade materna ou a sua classe social, maior é a frequência e a duração do aleitamento materno.

Estudos efectuados em Portugal revelaram uma associação entre a maior escolaridade materna e a duração do aleitamento materno, não tendo sido encontrada qualquer influência exercida pelo rendimento ou nível sócio-económico da família, na duração do aleitamento materno (Santos et al., 1988; Levy, 1996).

O nível de educação das mães é, justificadamente, um elemento a ter também em conta na adesão e na duração do aleitamento materno, uma vez que influencia uma recepção correcta da informação acerca do processo de amamentação, a qual pode contribuir de uma forma positiva para a sua duração, facto suportado por estudos, incidindo em populações bem informadas (Barron, Lane, Hannan et al., 1988; Jacobson, Jacobson e Freye, 1991; Susin, Giugliani, Kummer, 1999).

Um estudo realizado pela OMS demonstrou que 20 a 30 por cento das mães residentes em meios urbanos da Guatemala e das Filipinas, não tinham amamentado o seu filho recém-nascido, tendência particularmente mais elevada na população com maior nível de educação e mais rica (Damien, 1990).

• A influência do cônjuge e de outras pessoas significativas

As vivências pessoais da própria mulher – a atitude inicial perante a gravidez, planeada e eventualmente desejada, ou, pelo contrário, imprevista e possivelmente penosa (Chinebuah e Pérez-Escamilla, 2001), as experiências vividas durante a gestação, o tipo de parto, eutócico ou distócico, e as suas incidências, a valorização subjectiva da experiência vivida no período puerperal, a disposição para vir a ter, ou não, mais filhos – não são, de certo, indiferentes, mas o início e duração da amamentação supõem uma decisão individual sobre a qual influem factores exteriores à consciência de cada mulher (Bértolo e Levy, 2002).

Diversos estudos retrospectivos apontam os factores sócio-culturais como os principais responsáveis na decisão de amamentar, entre eles salientam-se a classe sócio-económica elevada, um nível de escolaridade elevado, uma atitude positiva, ausência de preocupações sobre a amamentação, experiências anteriores de sucesso e a opinião positiva das pessoas significativas (Levy, 1994). Segundo um estudo britânico, a decisão de amamentar foi mais influenciada por factores sócio-culturais, do que por aspectos relacionados com a saúde da mulher e da criança, e o principal agente responsável pela rejeição do início da amamentação foi a comunicação social como responsáveis pela promoção de uma imagem não positiva da amamentação, (Henderson, Kitinger e Green, 2000). Também na revisão efectuada por Ruíz Ferrón, Romero Martínez, Barberá Rubini e Arnedillo Sánchez (2003) sobressaíram os aspectos sócio-culturais, entre os quais a preparação educativa das mães antes do parto e a informação prestada pelos profissionais de saúde no início da amamentação foram identificadas como os factores mais influentes.

Pelo contrário, um estudo realizado no Brasil, sobre o conhecimento de adultos (homens e mulheres) acerca das vantagens, qualidade e técnica de aleitamento e motivação para amamentar, conclui que o motivo mais determinante da adesão à amamentação foi a preocupação com a saúde e o bem-estar do bebé (Nader, Pereira, e Iogni, 2005).

Segundo Levy (1994), os cientistas envolvidos em investigação sobre a tomada de decisão acham difícil, senão impossível, especificar quais os factores que determinam uma certa decisão. Acrescenta, porém, que através de estudos de carácter retrospectivo se conseguiu seleccionar alguns aspectos que, não tendo provavelmente valor universal, parecem influenciar positivamente a decisão de amamentar, entre eles, a mãe pertencer a uma classe sócio-económica elevada e ter uma escolaridade elevada, ter uma atitude positiva e menor número de preocupações acerca da amamentação, ter amamentado com êxito um primeiro filho e ser sensível à opinião favorável de pessoas significativas.

Na maioria das vezes, parece ser a influência daqueles que rodeiam a mãe, o que mais contribui, directa ou indirectamente, para a decisão de amamentar. O Royal College of Midwives (1994) refere um estudo que identificou o bebé e o pai do bebé, como as maiores fontes de estímulo positivo na intenção materna de amamentar, e a mãe da mulher, como a maior fonte de desânimo, se por acaso ela mesma não amamentou. Também Scott, Binns e Aroni (1997), com base no estudo das opiniões de 556 mulheres, de que 83,8% decidiram iniciar a amamentação, no período pós-parto, concluíram que o primeiro determinante das escolhas feitas foi a atitude do pai do bebé, face à amamentação.

Em qualquer caso, dada a sua posição de interlocutor privilegiado, simultaneamente relacionado com a parturiente e com a criança que vai nascer ou recém-nascida,

A pessoa mais importante [...] é o parceiro. Se ele se opõe à amamentação [...] ela está predestinada ao fracasso. Talvez esteja preocupado com a silhueta da sua esposa, ou sinta nojo do leite ou, ainda, considera o seio como o «seu brinquedo» privado. Mesmo não demonstrando os seus sentimentos à esposa, ela sentirá a sua recusa pessoal (Lothrop, 2000: 56)

Assim, para Susin, Giugliani e Kummer (1999), o papel do pai é decisivo na amamentação. Este, ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o apoio necessário para manter o equilíbrio e a tranquilidade fundamentais para o desenvolvimento da amamentação.

Daí o interesse em incluir os pais nas consultas pré-natais e nas actividades de preparação para o parto, devendo o profissional de saúde dar atenção ao futuro pai e incentivá-lo a participar neste período crucial para a família.

Neto Alves e Almeida (1992) são de opinião que uma vez que a decisão de amamentar é o resultado de múltiplos factores, nos quais se incluem a educação, o passado cultural e a personalidade, a informação sobre o aleitamento materno deve ser dada nas escolas, ao lado da educação sobre nutrição, tanto às raparigas como aos rapazes, pois a atitude do marido é muito importante para que o aleitamento seja bem sucedido. Acrescentam ainda que é fundamental que, tanto médicos como enfermeiros deixem de ter uma atitude indiferente, passiva ou mesmo inadequada em relação à informação relativa ao aleitamento materno e alimentação infantil, pois tais atitudes apenas podem conduzir ao abandono da amamentação com as consequências negativas que daí possam advir.

O papel dos técnicos de saúde que seguem a grávida, ao informá-la das vantagens do aleitamento materno, é fundamental para a sua decisão. Essa é, pelo menos a opinião de Carvalho et al. (1992), que sustentam que, na maioria dos casos, quando a mãe opta pelo aleitamento artificial, fá-lo por desconhecimento do valor real do seu leite ou porque não foi suficientemente apoiada quando se sentiu insegura.

Na perspectiva do Royal College of Midwives (1994), tem-se demonstrado que dar às mulheres informação bem concedida e ilustrada sobre o processo de amamentação conduz ao aumento ou reforço dos seus conhecimentos sobre o tema, porém não afecta de modo algum a eleição do modo de alimentação e não aumenta tão pouco a duração da lactação, sendo mais fácil que a sua decisão se deixe influenciar pelas atitudes sociais adquiridas e o apoio que sentem que recebem das suas famílias e amigos. Acrescenta que as campanhas de promoção nas clínicas e através dos meios de comunicação têm pouco efeito no tipo de alimentação, pois se uma mulher já decidiu como pretende alimentar o seu filho, é muito possível que já não mude a sua decisão, e refere que perguntar a uma mulher no início da gravidez como pensa alimentar o seu futuro bebé é desnecessário e pode resultar contraproducente, se ela ainda não tiver tomado a decisão de amamentar e se sentir pressionada. No entanto, aconselha a que se prestem todos os esclarecimentos necessários, sobretudo se, no desenvolvimento de uma entrevista entre a mãe e a enfermeira, for perceptível que a mãe os pretende. Ao que parece, a informação é especialmente proveitosa no último trimestre de gravidez.

Acerca da manutenção da decisão de amamentar, o Royal College of Midwives (1994) afirma que, para além de factores como o contacto e sucção precoces, tem-se demonstrado que outros aspectos do cuidado pós-natal aumentam o tempo durante o qual uma mulher amamentará. Assim, afirma que, tendo-se comparado um grupo de mulheres que receberam informação breve e personalizada durante a sua permanência no hospital, com outros dois grupos, em que um recebeu um cartão de visita de um nutricionista e o outro, para além disto, recebeu um manual, no qual vinha a informação dada ao primeiro grupo, concluiu-se que havia mais mulheres que tinham recebido ensino personalizado que continuavam a amamentação um mês após o parto, quando comparadas com mulheres dos outros dois grupos, pelo que recomendaram que o pessoal de saúde passasse a dar mais relevo a este aspecto do seu trabalho.

• Efeitos da comunicação social

Segundo a OMS (cit. por Escuder, 2003: 34), “a comunicação é um determinante central de saúde. O que comunicamos e como vivemos sofrem influências das informações que obtivermos. A publicidade e o *marketing* são capazes de nos afectar tanto de forma positiva como negativa”.

Também Velasco Juez e Aguilar Cordero (2005) estão de acordo que os meios de comunicação têm uma influência importante na sociedade actual. Quer queiramos quer não, invade-nos a casa, indo influenciar a nossa forma de agir. Através deles, segundo os mesmos autores, “pode-se publicar uma informação que contribua para generalizar a prática do aleitamento materno, com vantagens para as mães, seus filhos, entre outros” (Velasco Juez e Aguilar Cordero, 2005: 100-101). Contudo, acentuam os mesmos autores, muitas imagens que aparecem nos meios de comunicação social podem ser negativas para a prática do aleitamento. Em alguns casos, por razões subtis, como poderá acontecer com a utilização, aparentemente predominante, de imagens de mulheres oriundas dos países em vias de desenvolvimento, para ilustrar a amamentação, o que, subliminarmente, a relaciona com a pobreza ou a marginalidade, contribuindo para que seja inconscientemente rejeitada. Noutros casos, de forma mais directa e explícita, como acontece com a publicidade aos leites substitutos que, enquadrada por técnicas sofisticadas de *marketing*, chega a socorrer-se de imagens de serviços de saúde e de testemunhos dos respectivos profissionais, para valorizar, de modo exagerado, as vantagens do aleitamento artificial e da utilização de outros produtos dietéticos industrialmente produzidos. Uma vez que os meios de comunicação social dependem fortemente

da publicidade, que é normalmente a sua principal fonte de financiamento, talvez não seja exagerado concluir que “não interessa aos meios de comunicação, tornar públicos os benefícios que traz a prática do aleitamento materno, tanto para a mãe, como para o bebé” (Velasco Juez e Aguilar Cordero, 2005: 92).

Seja como for, a imagem que domina os meios de comunicação, quando se referem à alimentação infantil é a da alimentação artificial (Henderson et al., 2000). Além disso, Velasco Juez e Aguilar Cordero (2005: 101) relembram que é “sabido que as notícias que mais se “vendem” são as de carácter conflituoso, de tipo negativo, ou seja, as que chamam poderosamente a atenção por qualquer outra razão”. Ou seja, para os detentores dos meios de comunicação social, é, por exemplo, mais fácil e mais atraente comunicar que, com a amamentação, se transmite o HIV (SIDA), do que informar sobre os benefícios do aleitamento materno.

Parece que, para que notícias sobre aleitamento, sem conotações negativas, sejam publicadas é necessário que aconteça algo tão invulgar ou perturbador que chame a atenção dos editores e os convença de que a “matéria” é suficientemente excitante para o público, por exemplo, uma manifestação de mulheres que reivindiquem mais condições para poderem conciliar a amamentação com o trabalho ou a constatação de taxas de aleitamento que inferiorizem o país nas comparações internacionais (Hernández, 2001, cit. por Aguilar Cordero e Velasco Juez, 2005).

No entanto, é preciso não esquecer que uma publicidade bem dirigida também pode contribuir para a promoção da amamentação. Um exemplo positivo da utilização da publicidade, neste sentido, foi observado nos Estados Unidos, onde a massiva campanha feita em prol da amamentação fez aumentar, em 40%, o número de crianças alimentadas ao peito (Cordeiro, 1987).

É, de facto, real, o risco de o papel da comunicação social tender a ser mais negativo do que positivo, no que respeita ao aleitamento materno. Mas o contrário não é impossível e é fundamental que se torne efectivamente possível. O desafio é que, mediante a imaginação e a originalidade das iniciativas e das mensagens, se consiga que os meios de comunicação achem interessante e atractiva a transmissão de informações positivas para o aleitamento materno, evitando notícias negativas ou sensacionalistas (Velasco Juez e Aguilar Cordero, 2005).

2.2. Factores de insucesso

Em Portugal, pode falar-se de relativo insucesso no aleitamento materno, pois, apesar das várias medidas de promoção da amamentação, quer junto dos profissionais de saúde, quer junto da comunidade, a sua prevalência, após o primeiro mês de vida do recém-nascido, fica marcadamente abaixo do internacionalmente recomendado, sendo naturalmente vários os factores, uns identificados outros ignorados que, para isso, têm concorrido (Levy et al., 1994).

Não considerando as situações em que a amamentação seja contra-indicada, questão de que já se cuidou em capítulo anterior, entre os factores de insucesso do aleitamento materno habitualmente reconhecidos, contam-se:

- a forma como as sociedades pós-industriais estão organizadas, não protegendo suficientemente a maternidade e não proporcionando condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe;
- as transformações observadas nas estruturas familiares, gerando, entre outros efeitos negativos, dificuldades no plano prático da vida familiar da mulher e acentuando descontinuidade dos saberes transmitidos de geração em geração;
- a insuficiência das acções de educação para a saúde destinadas a preparar as mães, as famílias e toda a sociedade;
- o papel negativo do cônjuge, dos familiares ou de outras pessoas influentes sobre a mãe;
- a insegurança das mães, quanto à sua aptidão para amamentar e quanto à qualidade e quantidade do seu leite;
- o trabalho profissional da mulher fora de casa, especialmente quando ocorre em situações de precariedade laboral e quando a legislação que proteja as lactantes é desrespeitada;
- a inconsistência e a ambiguidade das atitudes de alguns profissionais de saúde e, por vezes, as suas lacunas de formação, levando-os, por desinteresse, impreparação ou insuficiente reconhecimento da importância do aleitamento materno, a manifestações de indiferença ou até de oposição;
- a inadequação das condições organizativas e das práticas instaladas em certos serviços de saúde e de apoio social, a supremacia da medicina curativa e instrumentada; o pouco investimento nos cuidados antecipatórios e o “racionalismo” exagerado dos serviços de saúde;

- as rotinas rígidas, sem comprovação científica, a primeira mamada tardia, amamentação com horários rígidos, a inclusão de substâncias doces na dieta dos lactentes, ainda antes da primeira mamada, nos intervalos das mamadas ou ainda como substitutos do aleitamento materno, o recurso demasiado fácil a leites de fórmula e aos suplementos ou alimentos alternativos;
- o desrespeito ou o desconhecimento do código de ética de comercialização dos substitutos do leite materno, a “agressividade” de práticas promocionais, a influência publicitária de empresas que se introduzem nas maternidades,
- o comportamento dos comerciantes de produtos dietéticos industrializados, nomeadamente através do aconselhamento inadequado das mães;
- a recusa da “animalidade” do acto de amamentar
- os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer físico e psicológico da mamada, o pudor de amamentar em público, a associação falaciosa com a emancipação feminina e as convicções infundadas sobre alegados efeitos inestéticos;
- o modo, quase sempre desajustado, como o tema do aleitamento materno é tratado na comunicação social.

De seguida, aludir-se-á a todos os factores agora referidos. Contudo, dada a sua grande extensão, a lista apresentada será condensada basear-se-á num conjunto reduzido de tópicos, visando evitar repetições e facilitar a leitura. Assim, considerar-se-ão sucessivamente os aspectos seguintes:

- urbanização e alteração das estruturas familiares;
- o trabalho fora de casa;
- apoio insuficiente dos serviços de saúde;
- razões emocionais e experiências prévias;
- auto-imagem e preocupação estética com o corpo;
- preconceitos e problemas no plano da sexualidade;
- dificuldades fisiológicas e comportamentais.

• **Urbanização e alteração das estruturas familiares**

Para Helman (cit. por Bobak, Lowdermilk e Jensen, 1999), a cultura é um conjunto de directrizes que orientam as pessoas, como membros de uma sociedade particular, na sua visão do mundo e no seu relacionamento com os outros, com as forças sobre-naturais e com o ambiente natural. Portanto, a cultura inclui crenças e valores sobre

cada etapa da vida, que podem ter proveniência religiosa ou étnica e que podem ser, ou não, seguidas por famílias com diferenças culturais.

De acordo com Bee (1991), em sociedades multirraciais parece existir influência da raça ou da etnia da mãe, na duração da amamentação, embora não se possa esquecer que esta duração é indissociável de outros factores.

Okolo, Adewunmi e Okonjic (1999) informam que as mulheres indianas tradicionalmente não davam o colostro aos seus filhos, por acreditarem que ele era impuro e prejudicial, resultando daqui que a amamentação só se iniciava após a subida do leite.

Segundo Pratte- Marchessault (1977), o tamanho das mamas da mulher é outra crença relacionada com o aleitamento, sendo frequente acreditar-se que as mamas grandes fornecem maior quantidade de leite do que as mamas pequenas, o que não é verdadeiro. Mas, embora falsa, esta crença é uma fonte de preocupação constante de toda a mãe que amamenta, pois, na generalidade das culturas, dá-se grande importância à abundância de leite materno.

Nas sociedades tradicionais sempre existiram mulheres experientes – a própria mãe da puérpera ou a mulher que ajudou a fazer o parto – ligadas às jovens mães para as ajudar, as chamadas “doulas”, que faziam de “mãe da mãe” (Northrup, 2004). A “arte de amamentar” estava embutida na cultura comunitária e era transmitida de geração em geração, proporcionando conforto e segurança à jovem mãe. Pelo contrário, muitas das mães dos dias de hoje não foram habituadas a ver amamentar os irmãos ou outros familiares próximos e necessitam de alguém que as oriente, que substitua a mãe ou a avó, que em tempos passados eram as grandes conselheiras.

Após a Revolução Industrial, mas sobretudo a seguir à II Guerra Mundial, as mudanças culturais e as alterações sociais relativas ao estilo de vida da mulher tiveram como consequência um declínio do aleitamento materno e um aumento da utilização dos leites dietéticos para lactentes (Cordeiro e Carvalho, 1990; Venancio e Monteiro, 1998).

Na opinião de Sousa e Carvalho (1983), uma das causas desta mudança foi a evolução da família de tipo rural, alargada e tradicionalista, para a família urbana, nuclear e isolada. Deu-se o desaparecimento do apoio das gerações mais velhas e da comunidade tradicional, que preparava as jovens para a maternidade de forma lenta e continuada. Esta herança familiar e pessoal dava segurança e conforto à jovem mãe. Contudo, nas sociedades modernas, especialmente nas cidades, não existe qualquer ajuda para as mães (King, 1991), e frequentemente a mãe é pouco ou nada encorajada a

amamentar, tanto por parte do marido, familiares e amigos, como por parte dos especialistas e pessoal de saúde (Comité de Nutrição da Sociedade Canadiana de Pediatria, 1978).

Na opinião de Santos et al. (1988), até há algumas décadas atrás, o “saber” do aleitamento era transmitido de geração em geração. As nossas avós e bisavós eram informadas desde a mais tenra idade e reproduziam, quando chegava a sua vez, os gestos que tinham visto fazer à sua própria mãe ou às pessoas com quem conviviam. As dificuldades das primeiras semanas resolviam-se muito naturalmente entre mulheres, não só com apoio educativo e emocional, mas também com ajuda nos trabalhos domésticos. Hoje infelizmente tudo mudou. Muitas mães nunca viram uma mulher dar o seio, nem na família, nem em público, onde esta prática se vai perdendo cada vez mais. A amamentação deixou de ter o apoio, tanto emocional e educativo como prático, nos cuidados a outros filhos e nas actividades domésticas.

A aparente incompatibilidade entre a função de mãe e de mulher, no mundo de hoje, pode ser um factor de peso no sucesso ou insucesso da amamentação. Com efeito, paralelamente à organização da sociedade, que obriga a mulher a trabalhar fora de casa por razões económicas, criou-se uma série de solicitações exteriores, à qual não falta a desvalorização do papel da mulher que trabalha em casa.

A mulher, nas sociedades urbanas contemporâneas, é, assim, levada a sentir necessidade de uma independência e de uma liberdade de movimentos, incompatíveis com o horário das mamadas (Serrano, 1997).

Para Cordeiro (1987), a nossa sociedade, pela forma como está organizada, não protege suficientemente a grávida nem a jovem mãe, não lhe dando condições de vida e de ocupação compatíveis com a função de mãe.

Para Lothrop (2000: 315),

... as mulheres têm vindo a adquirir uma melhor formação profissional e a alcançar, no trabalho, posições que lhes agradam e nas quais são bem sucedidas. [...] tem-se cada vez mais consciência da importância para o desenvolvimento da capacidade de amar e para a formação da personalidade da criança, de alguém que constitua para ela uma referência constante. Assim, é necessário que na nossa sociedade, a mãe ou o pai possam dispor de um tempo livre para se dedicarem a elas.

• O trabalho fora de casa

Hoje considera-se que a amamentação é compatível com a sociedade moderna e industrializada, desde que haja uma sensibilização social adequada às necessidades da mãe e da criança.

Em 1988, nas Filipinas, ocorreu um *Workshop*, promovido pela WABA – World Alliance for Breastfeeding Action – cujo tema principal foi “Amamentação, mulher e trabalho”. Daqui surgiu a Declaração de Quezon City sobre “Amamentação, Mulheres e Trabalho: Direitos Humanos e Soluções Criativas”, que faz referência às inúmeras dificuldades das mulheres que trabalham e pretendem amamentar (WABA, 1998). Também muitos estudos apontam o trabalho da mulher fora de casa como uma das principais dificuldades à prática da amamentação, sobretudo se viverem em meios urbanos (Birenbaum, Fuchs e Reichman, 1989; King, 1991; Neto Alves e Almeida, 1992; Visness, Kennedy, 1997; Greiner, 1999; Rizo Baeza, 2005).

Embora a legislação vise proteger a mãe que trabalha, com especial referência ao que se relaciona com o aleitamento materno (em Portugal, esse propósito é visado, nomeadamente, pela Lei Nº 4/1984, de 5 de Abril, e pelo Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio), os problemas laborais são uma das principais razões apresentadas pelas mulheres, para o abandono precoce da amamentação, pois, muitas vezes, vêm-se obrigadas a ir precocemente trabalhar, deixando o filho ao cuidado de uma creche ou de uma ama, porque as leis de protecção à amamentação nem sempre são cumpridas pela entidade empregadora (Manzanares, Sanz e López, 1997). A disponibilidade de tempo durante o dia de trabalho para fazer a expressão de leite e assim manter a lactação, é outro dos problemas com que se debatem as mulheres que amamentam (Rodriguez, Martin e Muñoz, 1998).

Num estudo publicado por Beverley (2000), constata-se que, por cada quatro mulheres, com filhos com menos de um ano, que trabalham fora de casa, só uma amamenta e trabalha durante um período igual ou maior a um mês.

Conciliar o aleitamento materno com o trabalho é, de facto, um processo complicado nas sociedades dos países desenvolvidos e, como tal, necessita de estruturas de apoio. Uma adequada planificação é a chave de êxito da amamentação para as mães que trabalham, segundo a qual tem que se fazer um esforço de equipa entre toda a família (Rizo Baeza, 2005).

Na opinião de Levy (1996), é compreensível que as mulheres que trabalham em casa, por conta própria, amamentem os seus filhos mais tempo, do que as que trabalham fora de casa, por conta de outrem, pois o que parece estar em causa não é o trabalho, mas as relações laborais de dependência.

Segundo Rodrigues, Martin e Muñoz (1998), a luta das mulheres por direitos iguais aos dos homens, nos quais se inclui o direito ao trabalho, teve como consequência deixar para segundo plano alguns aspectos em que elas são insubstituíveis, como a gravidez e a amamentação.

Quando se confronta com a decisão de amamentar ou não amamentar, a mulher que trabalha é influenciada pelo tipo de relação que mantém com a entidade patronal, sendo o vínculo laboral um dos factores importantes. Contratos de trabalho com vínculo precário obrigam as mulheres a retomar o trabalho antes de estarem completamente recuperadas. É uma situação que, para além de diminuir o tempo em que a mãe e filho podem estar juntos, contribui para o aparecimento de alterações psicológicas na mãe que amamenta, com repercussões na sua saúde e na do seu filho, bem como no seu trabalho.

Apesar da actual legislação portuguesa ser explícita, fixando, no nº 2 do Artigo 14º do Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio, que “a mãe que comprovadamente amamenta o seu filho tem direito a ser dispensada durante todo o tempo que durar a amamentação”, a maior parte das entidades patronais quando têm uma gestante ao seu serviço, com contrato de trabalho precário, logo que possível dispensam-na das suas funções.

Por isso, torna-se fundamental, para a continuação da prática do aleitamento materno, que as mães trabalhadoras sejam informadas sobre a legislação que as protege, dando-lhes a conhecer os direitos que lhes são atribuídos pela sua condição de lactantes.

• Apoio insuficiente dos serviços de saúde

Entre os factores de declínio do aleitamento materno, King (1991) incluiu também a falta de apoio dos serviços de saúde, referindo que, embora o parto no hospital seja mais seguro, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, as rotinas hospitalares, em muitas maternidades, favorecem a introdução precoce de suplementos ou o desmame, logo que a mãe volte para casa, e considera igualmente relevante o facto de os profissionais que trabalham nos centros de saúde não saberem como orientar as mulheres sobre os problemas da amamentação.

Neste sentido, Cordeiro (1987) refere que o pessoal médico e de enfermagem nem sempre tem presente a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento harmonioso, somático e psico-afectivo, da criança. As atitudes de dúvida, por parte da equipa de saúde, sobre a conveniência do aleitamento materno, constituem um elemento negativo para a mãe, que necessita de constante apoio na tentativa de amamentar.

Segundo Santos et al. (1988) e Freed, Clark e Sorensen (1995), frequentemente o pessoal de saúde multiplicou as regras, prescrições e impedimentos, tomando como modelo o aleitamento artificial, esquecendo-se de indicar às mães as regras de preparação e manutenção da lactação, e as medidas que, tomadas a tempo, previnem dificuldades e contratempos.

Certas opções políticas no âmbito da melhoria das condições de saúde da população infantil, como a distribuição gratuita de leites dietéticos nos centros de saúde, apesar de ser bem intencionadas, contribuíram para o progressivo abandono do aleitamento materno, reflectindo-se negativamente na saúde do grupo populacional que visava proteger (Sousa e Carvalho, 1983).

A instrumentação e a medicamentação excessivas do parto (na pesquisa relatada na segunda parte desta dissertação, observou-se que 53,8% dos partos considerados na amostra estudada foram realizados por cesariana, quando a recomendação da OMS (2001, cit. por Reynolds et al., 2004: 195) é de “de a manter inferior a 15%”), a criação de estruturas hospitalares que prejudicam a aproximação da mãe ao bebé (uso de berçários) e as insuficiências na formação dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, não os capacita com os conhecimentos necessários ao apoio e aconselhamento da mulher que deseja amamentar, são, na mesma ordem de ideias, factores que prejudicam a incidência e a prevalência da amamentação (Applebaum, 1975; Freed, Clark e Sorensen, 1995).

Por outro lado, a sociedade voltou os cuidados de saúde para a vertente individual em detrimento da comunitária. A supremacia da medicina curativa sobre a preventiva e a ignorância das vantagens do aleitamento materno, aliadas ao progressivo aperfeiçoamento dos leites dietéticos para lactentes, tiveram como consequência o quase esquecimento de todos os aspectos respeitantes à amamentação por parte dos responsáveis pelo ensino médico.

• Razões emocionais e experiências prévias

Entre as razões subjectivas mais frequentes para o insucesso da amamentação, conta-se a circunstância de muitas mães acreditarem que não têm leite suficiente, em quantidade ou qualidade, ou de terem tido alguma dificuldade em amamentar (OMS/UNICEF, 1995).

Para Levy (1994), das várias razões existentes para que as mães não consigam iniciar o aleitamento materno, o interrompam precocemente ou iniciem a alimentação complementar antes que esta seja nutricionalmente necessária, pode estar na ansiedade associada a medos infundados de impossibilidade de lactação.

Assim, Lothrop (2000: 49) opina que “Todas as mulheres têm leite por ocasião do parto. Todas – com poucas excepções – podem amamentar”, embora, para que, de facto, o façam, seja necessário transmitir confiança, que poderá ser reforçada com apoio emocional e com a correcção de erros cometidos devido à ignorância e à não conformidade de procedimentos nas maternidades. A insegurança materna é uma das maiores dificuldades para se iniciar com êxito a amamentação, fundadas muitas vezes no desconhecimento das suas possibilidades de amamentar e de desistirem à menor dificuldade.

Com efeito, sabe-se que as mães são altamente sugestionáveis a qualquer opinião de que o leite não é suficiente em quantidade e qualidade. Também os ganhos ponderais diários são demasiadamente enfatizados, levando muitas vezes à introdução precoce de biberões. É preciso que as mães sejam esclarecidas sobre as diferenças na composição do leite e para a perda do peso, consequência da eliminação de mecónio e urina, da ingestão limitada de líquidos e da fusão de edemas fisiológicos.

Outro aspecto a salientar, é a memória de emoções negativas, experimentadas durante a gestação ou na sequência de gravidezes anteriores, em especial, a existência de uma experiência pouco satisfatória com outros filhos, que poderá determinar, em grande parte, a presunção antecipada da incapacidade para alimentar o novo bebé.

Também para Davies (1993), é menos provável as mães que já tiveram bebés amamentarem, do que as primíparas, o que provavelmente reflecte as dificuldades sentidas ao longo amamentação.

Na opinião de Cordeiro (1987), a comodidade pode ser um dos factores de abandono, considerando ser muito mais fácil iniciar a alimentação artificial, do que ao seio, a mamada é mais rápida e qualquer pessoa pode dar o biberão, o que facilmente resulta

numa despersonalização do acto de aleitar, podendo resultar em consequências negativas na relação mãe/filho.

• **Auto-imagem e preocupação estética com o corpo**

A adaptação à maternidade pode afectar o comportamento e a forma como a mãe se sente, em relação a si própria e ao seu corpo, nas primeiras quatro/seis semanas pós-parto (Cordeiro, 1987).

Neto Alves e Almeida (1992) referem que, muitas vezes, as vantagens de amamentar em termos de nutrição, imunidade e estabelecimento da relação entre a díade mãe/filho, são desvalorizadas, pela própria mãe, face ao medo infundado de que amamentar possa levar à perda de beleza dos seios. A este respeito, Lothrop (2000: 194) é peremptória:

O seio aumenta mais do que na gravidez nos primeiros dois a três meses de lactação, mas após oito a doze semanas readquire o seu tamanho normal.

Não se justifica o medo de muitas mulheres (principalmente quando já têm normalmente seios grandes) de que estes fiquem ainda maiores e mais pesados, talvez até «caídos». Ficarão «caídos», mais provavelmente, se o desmame for precoce ou se não houver amamentação, isto porque o corpo se preparou inutilmente durante nove meses [...] Depois de um longo período de amamentação, os seios ficam, geralmente, mais pequenos do que antes, porque, com o alongamento dos canais lactíferos, o tecido gorduroso é parcialmente substituído [...] depois de algum tempo [...] esse tecido adiposo, que dava ao seio a forma original, é repostado.

A emancipação feminina ficou marcada por determinadas mudanças nos comportamentos das mulheres, de que as alterações na forma de vestir, o uso de contraceptivos e a alimentação dos bebés com biberão, são exemplos particularmente expressivos.

A amamentação é considerada, por algumas mulheres, um acto animalesco, sujo e repugnante, ou um símbolo da condição da sua subalternização, no seio de uma ordem sócio-cultural “machista”, o que origina sentimentos de rejeição que podem ser ampliados pelo temor de que a sua imagem, física ou psicológica, possa ser depreciada pelas pessoas com que se relacionam.

De resto, muitas pessoas parecem achar que a amamentação, se não for realizada na mais restrita intimidade, constitui um autêntico atentado ao pudor, pelo que não vêem com bons olhos um bebé a ser amamentado num lugar público. No entanto, vivemos numa sociedade em que é perfeitamente admissível atravessar a praia com um biquíni reduzido, ou mesmo com os seios desnudados, e os meios de comunicação

social estão permanentemente inundados por pornografia e por imagens lascivas deliberadamente usadas com intuítos comerciais.

• Preconceitos e problemas no plano da sexualidade

A sobrevivência da raça humana, muito antes da noção de cumprimento do dever ser impressa nela, dependia da alegria que dois actos voluntários – a relação sexual e a amamentação – transmitiam. Se tais actos não fossem tão sensuais de modo a estimularem a repetição, então a humanidade já estaria extinta há muito (Niles Newton, cit. por Lothrop, 2000: 176).

Na tradição ocidental, a condição de mãe é, muitas vezes, tomada como algo sagrado, ao contrário do sexo, que é concebido como impuro e pecaminoso (Lawrence, 1999).

A despeito da revolução dos costumes, a representação da maternidade, permanece, em grande extensão, no imaginário social, como algo de intocável. Ora, não só os seios são um dos atributos da sexualidade feminina e os mamilos, em particular, são verdadeiramente “órgãos sexuais secundários”, com efectivo potencial erógeno, como “Amamentar é, também, sem dúvida, uma experiência erótica” (Lothrop, 2000: 42).

Assim, o prazer que uma mãe pode experimentar ao dar o peito, por força dos tabus que envolvem a sexualidade, gera, por vezes, um sério conflito íntimo, que pode desembocar em angústia e sentimentos de culpa, impelindo a mãe a rejeitar a amamentação (Cordeiro, 1987):

É a proximidade, a sensualidade, o íntimo contacto com o bebé durante a amamentação que a confundem e fazem suscitar em si conflitos, simplesmente porque você não se propõe desfrutá-los.

Sente-se dividida entre o bebé e o parceiro, cujo ciúme é evidente?

Sente dificuldade em entregar-se totalmente ao bebé – como fonte de alimento, de consolo? (Lothrop, 2000: 40).

O “conflito” que se estabelece entre o papel de mãe e o papel da mulher, quer na sua auto-imagem, quer no modo como o companheiro a encara, vai repercutir-se na sexualidade do casal, assim como na relação com o bebé, especialmente se estiver a amamentar. Durante o período de amamentação, devido à dupla função que no mundo ocidental se atribui aos seios femininos (a função maternal e erótica). As alterações corporais da mulher que se torna mãe, bem como a ligação ao seu filho durante a amamentação, podem ser vivenciados pelo casal de formas muito diversas, positivas ou negativas, de acordo com a maneira como cada um encara tais representações.

Seja como for, o nascimento de um filho, impõe uma necessidade de adaptação das práticas sexuais até aí habituais, forçando alterações mais ou menos importantes na

sexualidade do casal e limitando-a temporariamente, o que também pode ser uma fonte de tensões conjugais que, frequentemente, aumentam quando a mulher amamenta.

Por outro lado, como lembra Clavero Salvador (2005: 521), “A mudança fisiológica que se produz na mulher pode ser um aliciante, mais do que um inconveniente, na hora do relacionamento sexual”.

• Dificuldades fisiológicas e comportamentais

As dificuldades de amamentação poderão surgir se o processo fisiológico for modificado, por aplicação de regras e normas artificiais, ou por não se conseguir colocar o bebé ao peito de modo adequado (pega incorrecta). A amamentação é uma técnica que se tem de aprender e praticar e mesmo as mulheres múltiparas que já tenham amamentado poderão necessitar de ajuda para a reiniciar, sobretudo quando anteriormente tiveram dificuldades (Galvão, 2006). King (1991), a OMS (1994), o Royal College of Midwives (1994) e Lothrop (2000) dizem que as primeiras duas semanas de amamentação podem ser uma fase muito difícil, principalmente para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, ocasionando situações complexas e muitas dúvidas, que poderão estar na origem do abandono precoce do aleitamento materno.

No âmbito fisiológico e comportamental, os problemas que ocorrem mais habitualmente são a repleção excessiva, por retenção do leite (ingurgitamento mamário), a inflamação das mamas (mastites), que podem ser acompanhadas por dores intensas (seios dolorosos), o ferimento dos mamilos (gretas ou fissuras), as dores nos mamilos (mamilos dolorosos), a insuficiência quantitativa da produção de leite (pouco leite) e a deficiência qualitativa do leite produzido (leite fraco). Em todas estas situações, a solução passa, normalmente, pela continuação da amamentação, em posição apropriada e com um procedimento tecnicamente adequado.

O ingurgitamento mamário ocorre quando o seio fica intumescido por repleção. É doloroso, apresenta edema, a pele é brilhante, o leite não flui espontaneamente e pode haver febre por 24 horas. Na opinião de King (1991: 44), “o ingurgitamento é mais comum após o parto hospitalar do que no domicílio, principalmente se utilizam outros alimentos para além do aleitamento materno ao recém-nascido e se mantêm horários rígidos para as mamadas”. Aparece raras vezes em mulheres que dão de mamar sempre que o bebé quer, de dia e de noite, e pode prevenir-se, assegurando-se uma posição correcta durante as mamadas, o que facilitará a extracção de todo o leite e a estimulação correcta do reflexo de ejeção. Assim, são poucos as mulheres que apresentam ingurgi-

tamento em hospitais, em que haja alojamento conjunto e o sistema precoce de livre procura (King, 1991).

Segundo o Royal College of Midwives (1994), as causas mais comuns de ingurgitamento mamário são:

- bastante leite;
- demora no início da amamentação;
- pega incorrecta (considerada como técnica inadequada de amamentação quando o bebé abocanha somente a parte da auréola mamária);
- remoção do leite insuficientemente frequente;
- restrição na duração das mamadas.

Para prevenir ou debelar o ingurgitamento mamário, dever-se-á:

- iniciar a amamentação logo após o parto;
- assegurar a pega correcta;
- amamentar o bebé *ad libitum* ou “a pedido”.

As mastites e as dores nos seios são, em grande parte, complicações supervenientes ao ingurgitamento mamário. São complicações relativamente benignas, ocorrem com maior frequência nas primeiras semanas de lactação e, se a amamentação for continuada ou intensificada e houver alguns cuidados básicos (repouso e aplicação de compressas quentes), normalmente desaparecem em três dias, ou menos (Lothrop: 2000). Em alguns casos, será conveniente o apoio do enfermeiro ou do médico e poderá justificar-se, eventualmente, o recurso a anti-inflamatórios ou antibióticos, sempre, como é óbvio, após avaliação e prescrição médicas. A mastite não deve confundir-se com a infecção mamária, cuja etiologia pode ser totalmente diferente. A persistência de uma mastite, para além de três dias, sobretudo se acompanhada de rubor das mamas e febre, requer assistência médica, até para despistar a possível existência de um processo infeccioso. As mastites complicadas e as infecções mamárias, mais provavelmente quando a amamentação é abruptamente interrompida (Galvão, 2006), poderão originar abscessos, impondo cuidados específicos, nomeadamente a aspiração e a drenagem.

As gretas e as dores dos mamilos são situações relativamente frequentes e tão incómodas que, por vezes, levam ao abandono da amamentação. Ambas estas situações podem ser causadas ou agravadas por mau posicionamento do bebé ao mamar e é isso o que, antes de mais, importa corrigir. Não devem ser usadas protecções mamilares, nem

se recomenda lavar o peito com frequência superior à normalmente requerida pela higiene pessoal, pois é sabido que o sabão e o álcool aumentam a incidência das dores e podem levar a que a pele fique demasiado seca, promovendo a multiplicação de fissuras. Também inadequado é o uso de cremes e pomadas que, aliás, podem ter efeitos perversos, aumentando a incidência das lesões (Galvão, 2006).

A convicção de que têm pouco leite é uma das razões pelas quais as mães mais comumente param a amamentação ou introduzem precocemente alimentos complementares. Elas acreditam que não tem leite suficiente ou que a qualidade do seu leite não é boa.

Apenas dois sinais são confiáveis para se fazer o diagnóstico de “pouco leite”:

- ganho de peso insuficiente do bebé, isto é, inferior a 500g/mês, nos primeiros seis meses de vida;
- emissão da urina, pelo bebé, menos de seis vezes por dia, em pequenas quantidades e concentrada.

As causas mais comuns, segundo o Royal College of Midwives (1994), são:

- pega incorrecta;
- quantidade de tempo de sucção insuficiente.

Bastante frequente é, também, a crença, por parte das mães, de que o seu leite é fraco. Significa falta de confiança na sua capacidade de prover alimento para o seu filho ou falta de confiança genérica nas qualidades nutritivas do leite materno. As causas mais comuns são:

- falta de apoio;
- desconhecimento da mãe sobre a adequação nutricional do leite materno às necessidades do bebé;
- pega incorrecta.

2.3. Factores de sucesso

Até certo ponto, como seria de esperar, os factores de sucesso são o inverso dos factores de insucesso, ou seja, o sucesso é evidentemente mais provável, se as condições que lhe são adversas forem anuladas ou atenuadas. Há, porém, condições especificamente favoráveis ao início e à continuação da amamentação. Tentar-se-á apresentá-las, através da explicitação dos assuntos seguintes:

- as políticas activas de promoção do aleitamento materno;

- a precocidade da decisão de amamentar;
- o alojamento conjunto;
- a precocidade do contacto mãe-filho;
- o apoio durante o parto e no pós-parto;
- a educação para a saúde;

• Políticas activas de promoção do aleitamento materno

A alimentação materna nos países desenvolvidos é “coisa de conveniência”, contudo, nos países em desenvolvimento é “questão de sobrevivência”. A imunização é a medicina preventiva por excelência. Se fosse disponibilizada uma nova vacina que pudesse prevenir a morte de um milhão ou mais crianças por ano, que além disso fosse barata e segura, de administração oral e não exigisse uma cadeia de frio, esta tornar-se-ia numa prioridade imediata para a saúde pública. O aleitamento materno é-o muito mais (Aguilar Cordero, 2005a: 1).

A promoção, a protecção e o apoio à amamentação com leite materno são acções de saúde pública de primeira ordem, que responsabilizam, em primeiro lugar, o poder político e as instituições a que compete administração da saúde pública, e, em segundo lugar os profissionais a quem cabe a missão de apoiar a mãe e o bebé (Arena Ansótegui, 2004). Mas também tem de ser uma preocupação prioritária das comunidades e da sociedade em geral.

A promoção do aleitamento materno é uma prioridade mundial e deve ser alvo de vários esforços internacionais, nacionais, comunitários, sociais e individuais (Gebriel, 1981 e Kocturk e Zetterstrom, 1989, citados por Levy, 1996). Deve iniciar-se antes do parto, nomeadamente nas escolas, com as crianças e adolescentes (Rothman e Byrne (1981), de forma a difundir-se em toda a sociedade, recuperando uma “cultura de amamentação” que foi perdida na segunda metade do século passado (Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez, 2005):

[a amamentação requer uma] cadeia quente de apoios, ou seja, cuidados profissionalizados que permitam às mães ganhar confiança e lhes mostrem o que fazer e as protejam de más práticas. Se, na nossa cultura, esta cadeia quente se perdeu ou apresenta falhas, devemos corrigi-la através dos serviços de saúde (Aguilar Cordero, 2005a: 1).

No documento da OMS (1992) sobre estratégia global para a alimentação das crianças, é definido o papel dos governos, das organizações internacionais, das instituições e profissionais de saúde e da sociedade civil, mormente as organizações não-governamentais e as equipas baseadas na comunidade como parceiros para mobilização a favor da boa alimentação dos lactentes.

A promoção do aleitamento materno é, assim, uma questão que diz respeito a todo o pessoal de saúde que se relaciona com a mulher no período pré-natal, no momento do parto e no período pós-parto, como as enfermeiras dos centros de saúde e das maternidades, as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, os médicos de família e os obstetras. Além disso, cada vez mais é considerado o papel dos especialistas pediátricos no aconselhamento pré-natal, ao explicar os cuidados ao recém-nascido na maternidade e posteriormente nos centros de saúde, aproveitando o momento para proporcionar informação acerca do aleitamento materno (American Academy of Pediatrics, 1997).

A promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno recaem directamente no domínio dos direitos humanos. As iniciativas de saúde pública para a promoção, protecção, e apoio ao aleitamento materno deverão basear-se na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças, na primeira infância, adoptadas por todos os estados-membros da OMS, na 55ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), em Maio de 2002 (OMS, 2003). A Estratégia Global é baseada no Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno (AMS, 1981) e nas resoluções subsequentes da MAS, (o Código Internacional dos Substitutos do Aleitamento Materno e as subsequentes resoluções da AMS são habitualmente referidos em conjunto num documento sob a designação de Código Internacional); na Declaração de Innocenti sobre protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno (UNICEF/OMS, 1990); e na Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés da OMS/UNICEF (1989). É também consistente com a Declaração Mundial e Plano de Acção para a Nutrição da FAO/OMS (1992). A Estratégia Global dá particular importância às necessidades especiais das crianças em circunstâncias difíceis e considera que é recomendável que os países da União Europeia e as associações neles baseadas as linhas orientadoras sobre alimentação infantil em situação de emergência, quando prestam auxílio humanitário a outros países ou apoio alimentar a refugiados em países da UE. (Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, 2001) e inclui políticas para a alimentação complementar oportuna e correcta. O aleitamento materno é também sublinhado como prioritário no Primeiro Plano de Acção para a Alimentação e Políticas de Nutrição do Gabinete Europeu da OMS para 2000-2005 (OMS/EURO, 2001). A importância de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno tem também sido reiterada em documentos importantes da UE. O projecto Euro Diet recomenda vivamente a revisão de actividades existentes e o desenvolvimento e a

implementação de um plano de acção ao nível da UE para o aleitamento materno (Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe, 2001). Na sequência do Euro Diet, a chamada “French Initiative” em nutrição, sublinhou a necessidade de acção par a promoção e vigilância do aleitamento materno (Société Française de Santé Publique, 2000). A “French Initiative” deu origem à Resolução do Conselho em matéria de nutrição e saúde da EU, em Dezembro de 2000, na qual o aleitamento materno foi reconhecido oficialmente como uma prioridade (EU Project on Promotion of breastfeeding in Europe, 2004).

A promoção depende da efectivação de políticas nacionais e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que o aleitamento materno seja entendido como a norma. É largamente baseada na concretização plena do Código Internacional, incluindo mecanismos de aplicação do mesmo, bem como de denúncia de violação, e num sistema de monitorização independente, face a interesses comerciais; é igualmente baseada em legislação de protecção à maternidade que, em vários países, permite a todas as mães trabalhadoras amamentar em exclusividade as suas crianças, até aos seis meses, e de continuar a amamentar após esse período de tempo.

Um apoio eficaz requer empenho, no sentido de estabelecer padrões de boas práticas em todas as maternidades e serviços pediátricos (Venancio, 2003). A um nível individual, significa o acesso de todas as mulheres a serviços de apoio ao aleitamento materno, incluindo a assistência fornecida por profissionais de saúde devidamente acreditados e conselheiros para a lactação, conselheiros interpares e grupos de apoio de mãe para mãe.

Deve ser encorajado um apoio familiar e social através de projectos locais e programas comunitários, baseados numa colaboração entre voluntários e serviços oficiais. O direito da mulher a amamentar quando e onde for necessário deve ser protegido.

Na visão de Reis Morais (2005),

... qualquer aconselhamento sobre este assunto não deve ter carácter rígido. Compete-nos orientar, corrigir alguns erros e evitar esquemas rígidos que só perturbarão a alegria de ter um filho, nomeadamente quando se trata do primeiro filho, pois num regime com esquema rígido de amamentação, por vezes é oferecido no intervalo das refeições soro glicosado, o que fará que quando o recém-nascido vai para junto da mãe para mamar esteja saciado e não mamará por forma a não estimular a libertação de prolactina e retardando a lactogénese.

Na opinião de Martin e Valero (1992, cit. por Galvão, 2006), não só se deve eliminar o soro glicosado, mas permitir que o bebé permaneça junto da mãe para que esta

ofereça o peito quando o bebé quiser, *ad libitum*, responsabilizando a mãe pela alimentação do seu filho.

As mães informadas sobre o aleitamento materno, mediante os cursos de preparação para o parto ou com algum outro tipo de apoio ao aleitamento materno, costumam iniciá-lo quase na sua totalidade e além disso mantêm-no durante mais tempo. Depois de receberem alta hospitalar, é importante que as mães tenham seguimento médico e de enfermagem, nos primeiros dias de aleitamento materno, pois costumam ser os momentos em que aparecem os problemas relacionados com as mamas, como mastite, gretas dos mamilos, ingurgitação ou mamilos dolorosos. Por outro lado, nessa altura também se manifestam as alterações características do bebé, como o choro excessivo, a falta de crescimento, as cólicas e os problemas de sono, factores todos eles que predispõem ao abandono do aleitamento materno. Assim, durante os primeiros dias pós-parto, é necessário reforçar o apoio às mães.

Na maioria dos países estão a modificar-se as políticas de saúde das maternidades para se adaptar e favorecer o aleitamento materno. Em 1989, a OMS/UNICEF elaboraram uma declaração conjunta que consta dos “10 passos para um aleitamento natural” para a protecção, promoção e apoio do aleitamento materno, e os hospitais pediátricos e maternidades que cumpram esses requisitos são apelidados de “Hospitais amigos das crianças”. Outro compromisso internacional de relevo para favorecer o aleitamento materno foi, em 1990, denominado “Declaração de Innocenti”, na qual se estabelece como meta mundial a melhoria da saúde e da nutrição da mãe e do recém-nascido. Nesta declaração também se convidam os governos a desenvolver políticas nacionais sobre a promoção do aleitamento materno, fixando metas concretas. Numerosas organizações governamentais e não-governamentais trabalham a favor do aleitamento materno, todas elas protegem, promovem e incentivam o aleitamento materno. Algumas das acções mais interessantes consistem em conseguir a protecção legal das mães trabalhadoras que amamentam, em divulgar a criação de ambientes sociais favoráveis, assim como a formação e preparação de pessoal de saúde, como enfermeiros e médicos, para que promovam e favoreçam o aleitamento materno nas maternidades.

O capítulo do programa da OMS “Saúde para Todos na Europa”, denominado “Começo saudável de vida”, fixa, para o ano 2020, os objectivos que, a seguir, se transcrevem, tal como são referidos por Cattaneo e Aguilar Cordero (2005).

- Os estados membros da União Europeia devem ter acesso aos serviços de planeamento familiar, serviços pré-natais, perinatais e de saúde infantil. O aleitamento materno deve ser o único alimento do bebé durante os primeiros 6 meses de vida.
- Nesse ano, 2020, todas as crianças da UE devem ter uma melhor saúde e uma vida mais saudável e um menor índice de doenças crónicas e preventivas, pois todas elas podem melhorar com amamentação nos primeiros meses de vida.
- A taxa de mortalidade nos países europeus será inferior a 10 por cada 1000 recém-nascidos vivos, o leite materno é o alimento idóneo para diminuir o índice de mortalidade nos primeiros meses de vida.
- A mortalidade por acidentes, intoxicação e violência deve diminuir em 50% nas crianças menores de 5 anos. Através do aleitamento materno prevê-se um melhor vínculo entre a mãe e o seu filho, o que diminui a incidência de maus tratos e violência.
- O índice de recém-nascidos com um peso inferior a 2,5 kg deve diminuir em 25%. O aleitamento materno para os recém-nascidos prematuros é um factor que diminui a incidência de infecção, o que se traduz numa menor morbilidade.
- Devem diminuir as diferenças de morbimortalidade entre os diferentes países da UE.

No nosso país, a estratégia de saúde para 1998-2002, proposta pelo Ministério da Saúde, tem como meta que pelo menos 50% dos recém-nascidos beneficiem do aleitamento materno exclusivo até aos três meses de idade, facto que não tem sido cumprido.

A prática do aleitamento materno faz parte da história da humanidade e das sociedades actuais, resultando numa construção macrossocial que a identifica como uma medida prioritária de promoção da saúde pública em todas as políticas ocidentais (OMS, UNICEF, Royal College of Midwives, Academia Americana de Pediatria). A sua promoção não é um facto totalmente novo. Pelo contrário, o incentivo ao aleitamento materno foi objecto de atenção, desde os Séculos XVI e XVII, como é visível na literatura dedicada à Medicina e Teologia (Vestergaard et al., 1999). O interesse dirigia-se essencialmente à queda observada na taxa de amamentação associada à crença da relação entre amamentação e deformação do corpo feminino, principalmente nas classes sociais mais elevadas.

Posteriormente, o processo de transformação social iniciado com a Revolução Industrial culmina nas décadas de 50 a 70, com os movimentos sociais de emancipação feminina, desejo de libertação das anteriores formas de opressão e integração massiva da mulher no mundo do trabalho, conduzindo a uma acentuada diminuição da prática da amamentação. Este contexto social, reforçado pelo simultâneo desenvolvimento de fatores psicológicos, médicos, políticos, organizacionais (serviços de saúde) e promocionais dos leites adaptados, produziu o abandono massivo da amamentação (American Academy of Pediatrics, 1997), que foi considerado, por Jelliffe et al. (1978: 15, cit. por Cattaneo e Aguilar Cordero, 2005: 15) como “a maior experiência controlada da história da saúde humana”.

Foi, como já várias vezes se acentuou, o resultado demasiado preocupante daquela situação que levou ao desenvolvimento de políticas de intervenção para a promoção do aleitamento materno por parte de organizações internacionais (OMS, UNICEF e outros) e ministérios da saúde de vários países.

Assim, relembre-se que, desde 1980, a OMS, com base nos consensos estabelecidos nas suas reuniões magnas, a Assembleia Mundial de Saúde (AMS), tem emitido sucessivas resoluções de incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo (Definição 33.32 da AMS, 16 de Maio de 1980; Definição 43.22 da AMS de Maio de 1984; definição 39.28 da AMS, de 16 de Maio de 1986; Definição 41.11 da AMS, de Maio de 1988; Definição 43.3 da AMS, de 14 de Maio de 1990; Definição 45.34 da MAS, de 14 de Maio de 1992; Definição 47.5 da AMS, de 9 de Maio de 1994; Definição 49.15 da AMS, de 15 de Maio de 1996; Definição 55.25 da AMS, de 15 de Maio de 2002). O início ficou marcado pela publicação do “Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite materno” (1981), que considera que a comercialização destes produtos requer um tratamento especial, tentando combater a distribuição gratuita e o uso desnecessário. Esta década termina com a publicação do documento “Protecção, promoção e Apoio à Lactação Materna”.

O papel especial dos serviços materno-infantis, onde são apresentados os dez passos para a promoção do aleitamento materno, base da “Iniciativa Hospitais Amigos da Criança” (OMS, 1998).

A “Iniciativa Hospitais Amigos da Criança” (IHAC) deverá continuar a desenvolver-se para concretizar a segunda e terceira metas operacionais desta declaração (9ª

Reunião plenária, 28 de Maio), implicando directamente com os modos de funcionamento, organização e gestão dos serviços de saúde.

Depois de um ciclo de conferências governamentais internacionais, realizadas entre 1992 e 1995, traçam-se planos de acção detalhados para a promoção do aleitamento materno. Em 1998, a OMS publica as “Provas científicas dos dez passos para a promoção do aleitamento materno”, incentivando deste modo a investigação científica em torno dos resultados observados com a implementação das medidas programadas nas últimas décadas (OMS/CHD/98.9, Genebra).

A última resolução é publicada em Maio de 2002 e demonstra que, apesar do reconhecimento da importância do aleitamento materno, as taxas de amamentação mantêm-se baixas em todo o mundo ocidental. Os novos alvos da OMS dirigem-se para as doenças emergentes, como a má nutrição, a obesidade, o síndrome do HIV/SIDA e a complexidade dos estilos de vida modernos, pelo que consideram imprescindível renovar o compromisso de proteger e promover a alimentação adequada das crianças e recém-nascidos através da redefinição de uma estratégia política global (OMS, 2002).

A OMS (Organização Mundial de Saúde), a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), a AMAAM (African Mutual Assistance Association of Missouri), a AID (Agency for International Development) e a AAP (American Academy of Pediatrics), organizações internacionais, têm desenvolvido múltiplos esforços a fim de promoverem o aleitamento materno por todo o mundo (Brady, 1990; Hogan e Martinez, 1990; Nakajima, 1990; Zoysa, Rea e Martines, 1991; Valero, 1992).

Outras organizações não governamentais têm dado um enorme contributo ao aleitamento materno. A Liga do Leite (La Leche League), tendo iniciado a sua actividade, nos anos de 1950, através da promoção de encontros e reuniões entre mulheres com experiência em aleitamento materno e outras mulheres carecendo de apoio e conselhos acerca da amamentação (Hill, 1968; Valero, 1992).

A Agência para o Desenvolvimento Internacional (AID), nos anos 1980, centrou os seus esforços dirigidos a crianças de países em desenvolvimento, a fim de melhorar as condições de saúde dos lactentes e das crianças, incluindo as imunizações, a reabilitação oral, o espaçamento dos nascimentos e a nutrição. Esta organização tem dado fundos e tecnologia para aplicar em modelos experimentais de promoção do aleitamento materno (Brady, 1990).

Na Jamaica, Honduras e Brasil, campanhas de promoção do aleitamento materno tiveram como resultado o aumento da sua incidência e duração. Foram utilizados meios tão variados como a rádio, a televisão e ainda publicidade ao aleitamento materno, publicada por jornais, bilhetes de lotaria, contas de telefone, água e energia eléctrica, para além de intervenções dirigidas a famílias de fracos recursos económicos (Parlato, 1990; Rea, 1990; Ananthakrishnan, Bhat, Puri e Srinivasan, 1992). A avaliação da campanha realizada no Brasil mostrou resultados muito positivos; nalgumas cidades duplicou a duração do aleitamento materno exclusivo (Rea, 1990).

A descoberta, no fim do Século XX, de que a tendência decrescente do aleitamento materno podia ser revertida, mesmo em áreas metropolitanas, foi importante, na medida em que associou os esforços de políticos, de profissionais ligados aos meios de comunicação, de profissionais de saúde, de voluntários das agências internacionais e de cientistas (Rea, 1990).

Também a comunidade, com as suas organizações específicas, bem como o sector económico privado, deveriam assumir um papel importante na promoção do aleitamento materno, providenciando condições mais adequadas às mães que amamentam. As associações de consumidores também podem ter uma acção decisiva neste assunto através do obstáculo económico, que pode inclusivamente influenciar os poderes públicos (Greiner, Baumslag e Winnikoff, 1990).

A evidência de que são necessários esforços conjuntos para que a promoção do aleitamento materno tenha sucesso está patente no Código Internacional de Ética Sobre Substitutos do Leite Materno; que a par de aspectos comerciais refere as responsabilidades dos técnicos e das autoridades de saúde. Uma das responsabilidades dos governos que aderiram ao Código de Ética é comunicar à OMS os programas obtidos em cinco áreas da nutrição infantil (Código de Ética de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, Biberões e Tetinas, 1983; Kocturk e Zetterstrom, 1988; Helsing, 1990):

- 1) promoção e suporte do aleitamento materno;
- 2) promoção e suporte do desmame;
- 3) fortalecimento da educação, treino e informação;
- 4) promoção da saúde e estatuto social materno;
- 5) *marketing* e distribuição dos substitutos do leite materno adequados.

A Estratégia Europeia para a promoção do aleitamento materno refere sete áreas prioritárias:

- 1) a atitude básica dos técnicos de saúde;
- 2) as rotinas das maternidades;
- 3) a formação de grupos de suporte às mães que amamentam;
- 4) condições para as mães que amamentam e trabalham;
- 5) investigação em aleitamento materno;
- 6) a pressão exercida nos técnicos de saúde por casas produtoras de alimentos alternativos ao leite materno;
- 7) a necessidade de defender o aleitamento materno.

Os problemas encontrados com maior frequência em campanhas de promoção do aleitamento materno foram a falta de verbas, a falta de avaliação dos programas e o conteúdo das mensagens, por vezes demasiado pobre, e a ineficiência no uso sistemático dos meios de comunicação social (Parlato, 1990).

Na opinião de Greaves e Hendrata (1990, cit. por Levy, 1996: 74), “mensagens como «Breast is best» podem ter um efeito perverso, levando à culpabilização da mãe por não amamentar o bebé”. Segundo Parlato (1990, cit. por Levy, 1996), as mensagens são maioritariamente variações de “Breast is best” e não têm em conta as razões que estão na origem da decisão de amamentar. Assim, para os autores citados, tais campanhas devem ser planeadas e aplicadas a diferentes populações, utilizando diferentes estratégias, de acordo com a comunidade em questão.

Nesta linha de pensamento, há autores que sugerem que o aleitamento materno deveria ser alvo de um plano publicitário igual ao utilizado para a promoção do aleitamento artificial (Parlato, 1990 e Spieler, Aumack e Nathusius, 1990, citados por Levy, 1996). Vários autores advogam a necessidade de um empenhamento a nível do ministério da saúde e das administrações hospitalares. Segundo McGuire (cit. por Levy, 1996), a promoção do aleitamento materno deverá enquadrar-se em organizações já existentes que deveriam ter responsabilidades na sua concretização e dispor de fundos suficientes.

As campanhas de promoção do aleitamento materno não substituem os esforços conjuntos de grupos de suporte materno, um consultor em aleitamento e profissionais de saúde mais competentes nesta matéria (Cunningham, 1991: 149; Macias, 1981).

A estratégia proposta para a promoção e suporte do aleitamento materno em hospitais e maternidades tem vários componentes: um grande empenhamento por parte de uma pessoa com poder, uma retaguarda administrativa, a existência de pessoal treinado e o suporte dos consumidores. Se para um administrador os argumentos mais

importante são os económicos, já para um médico ou para um enfermeiro os argumentos científicos serão os mais relevantes (Levy, 1996).

• **Precocidade da decisão de amamentar**

A maioria das mulheres, antes de engravidar, já decidiu a forma de alimentar o seu filho (Arora et al., 2000; Romagosa Albacar et al., 2003). Uma decisão tardia pode conduzir ao insucesso no aleitamento materno (Fernandez Amores e Martin Santos, 1998). Apesar de que um grande número de mulheres começar por dar o peito, é também verdade que a maior parte delas abandona esta prática no primeiro mês pós-parto.

Com base em estudos que sugerem que, geralmente, a tomada de decisão em amamentar acontece antes, ou no início, da gestação, e que só um pequeno número de mães deixa essa decisão para depois do parto, a La Leche League (1999) considera que a gravidez é uma boa altura para se preparar a futura mãe para a amamentação. Essa preparação é um processo complexo, dependente de múltiplas variáveis, cujo peso relativo varia provavelmente de país para país e, no mesmo país, de grupo para grupo e de pessoa para pessoa, de acordo com a pressão social, o imaginário colectivo e as opiniões pessoais e em que as experiências próprias e as opiniões de pessoas significativas são determinantes, bem como certos factores perinatais que tanto podem incrementar como debelar as decisões tomadas previamente (Levy, 1994).

Para Applebaum (1975), uma mãe motivada para amamentar antes do filho nascer tem habitualmente mais autoconfiança e descontração a seguir ao nascimento, sendo a possibilidade de sucesso muito maior, se a decisão de amamentar for tomada antes do nascimento. Também para Martins e Moleiro (1994), o desejo de dar de mamar já na gravidez é um sinal positivo para o seu êxito. Apesar das dúvidas, mais frequentes no primeiro filho, dar de mamar é um acto fácil e acessível a quase todas as mães e mais de 90% das mães portuguesas saem da maternidade a fazer aleitamento materno, no entanto, Cordeiro e Carvalho (1990) advertem que, embora a decisão de amamentar deva ser tomada o mais precocemente possível, de preferência antes do parto ou mesmo antes da gravidez.

Contudo, se depois de correcta e inteiramente informada a mãe decidir não amamentar, ou se existir alguma contra-indicação válida, não deve, em nenhuma circunstância ser ou sentir-se culpabilizada (Martins e Moleiro, 1994; Bértolo e Levy, 2002). Relembre-se que na, já citada, opinião de Reis Morais (2005),

... é importante ter a noção de que a decisão de amamentar depende do binómio mãe/filho. Costumo dizer que uma das primeiras contra-indicações para amamentar é a mãe não querer. Compete-nos explicar as vantagens, mas se mesmo assim a mãe recusa, há que evitar criar sentimentos de culpa cuja influência se pode reflectir negativamente na relação mãe/filho.

Nesta ordem de ideias, mais importante é que tanto a mãe como a criança se sintam bem e estejam saudáveis e felizes, e que, se amamentar for uma provação para a mãe ou for difícil de conciliar com a sua vida diária, não lhe parece que seja errado pôr o aleitamento materno de parte.

No mesmo sentido, Brazelton (1992) refere que muitas mulheres se sentem pressionadas durante a gravidez a tomar a decisão firme e segura acerca da amamentação. Os conflitos sobre se serão adequadas como mães, as memórias da maneira como as suas mães davam de mamar aos bebés, as preocupações sobre a forma dos seios, tudo isto pode interferir com uma decisão racional, pelo que habitualmente estimula as mães a tomarem a decisão quando tiverem os bebés nos braços, o que é facilitado pelas reacções do bebé e pelo desejo instintivo de o alimentar.

Pratte-Marchessault (1977) refere que é frequente que as futuras mães se interroguem quanto à forma como deverão alimentar os seus filhos e que, reconhecendo o valor do leite humano e a sua adaptação às necessidades da criança, se questionem se não pertencerá este por direito ao bebé. Para este autor, o instinto maternal leva-a a amamentar o que considera ser muito mais que acalmar a sua fome. É fazer-lhe sentir dia após dias que é amada.

Springer et al. (1997) acrescentam que, associada à vontade inata de querer amamentar, é a atitude dos profissionais de saúde que se torna decisiva no suporte de uma mãe que o pretende fazer. Também Ferreira (1993) afirma que durante a gravidez as dúvidas são muitas e a futura mãe interroga-se vezes sem conta se deve ou não dar de mamar, debatendo-se com uma série de sentimentos contraditórios que em nada a ajudam a tomar uma decisão, por um lado desagrada-lhe ficar com os seios flácidos, por outro pensa nas vantagens da amamentação.

• Alojamento conjunto

Segundo Helsing (1987, cit. por Levy, 1996), o alojamento conjunto consiste em o bebé ficar com a mãe a maior parte do tempo e a mãe ter acesso ilimitado ao bebé nesse período. O alojamento conjunto deve ser prática corrente, pois facilita a ligação afectiva mãe-filho, permite a amamentação a pedido e permite um contacto mais próxi-

mo com o pai e outros familiares (OMS/UNICEF, 1989), algo cuja importância dificilmente poderá ser exagerada, pois, como diz Gonzalez Rodríguez (2000), “os dois requisitos mais importantes para o sucesso da amamentação são a alimentação livre, sem horários e uma postura adequada para dar o peito” (cit. por Medina Santana, Estévez González e Aguilar Cordero, 2005: 123).

Associações entre alojamento conjunto e maior frequência e duração do aleitamento materno foram abundantemente descritas (Feinstein et al., 1986; Richard e Alade, 1990; Wright et al., 1996), como pré-requisito para a amamentação a pedido.

Também a excessiva medicalização do parto, período pós-parto e o receio de infecções nos recém-nascidos transformaram por completo as práticas ancestrais de coabitação de mãe e filho, por vezes na mesma cama. E, em nome de uma maior higiene, assistiu-se à separação de mãe e bebê, tornando-se a criança como que “propriedade do pessoal de saúde, durante a estadia no hospital” (McKenn e Mosko, 1994, cit. por Levy, 1996). Tal procedimento, além das implicações em termos de vinculação, pode pôr em risco a lactação, atrasando a primeira mamada, dificultando o regime de amamentação, a pedido do bebê, essencial para o sucesso do aleitamento materno (McKenn e Mosko, 1994, cit. por Levy, 1996).

Nas duas últimas décadas, assistiu-se em todos os países industrializados à mudança das rotinas hospitalares. O procedimento hoje em dia é o alojamento conjunto de mãe e bebê – o “rooming-in”. Alguns investigadores como Kurinij e Shiono (1991, cit. por Levy, 1996) verificaram que as mães que beneficiavam do “rooming-in” praticavam mais o aleitamento exclusivo, do que as mães sem “rooming-in”. Yoshitada e Itsuro (1990). verificaram que a maior frequência de mamadas observadas no grupo de bebês com “rooming-in” podia contribuir para uma diminuição no consumo energético, aumento da absorção de nutrientes e consequentemente aumento ponderal. Num estudo epidemiológico efectuado, no México, por Pérez-Escamilla e Dewey (1992) observou-se uma interacção positiva entre o “rooming-in”, o apoio dos profissionais de saúde e o aumento da duração do aleitamento materno, mas apenas nas primíparas.

Também para Aguilar Cordero, Gómez García e Vargas Gámez (2005), amamentar livremente nos primeiros dias de vida e a prática do alojamento conjunto, inclusive que o recém-nascido descanse na cama com a sua mãe, favorecem o aleitamento materno.

• Precocidade do contacto mãe-filho

A amamentação bem sucedida é facilitada pelo contacto precoce entre mãe e filho (Richard e Alade, 1990; Dalai-Lama, 2003). Na opinião de King (1991: 36-37), “as primeiras horas após o parto, são importantes para estabelecer o vínculo mãe-filho. Isto auxilia a mãe a amar e cuidar do filho. A mãe terá maiores possibilidades de amamentar por tempo prolongado”. Imediatamente após o parto, o bebé está mais sensível, mais desperto e o reflexo de sucção é mais forte na primeira hora (King, 1991), momento que deve ser aproveitado para iniciar a primeira adaptação ao seio materno (Vinther e Hesing, 1997).

Segundo Velasco Juez e Aguilar Cordero (2005), o contacto precoce, pele com pele, após o nascimento, o alojamento conjunto, assim como a oportunidade do bebé mamar na primeira meia hora pós-parto, são factores importantes para o sucesso da amamentação. Porque, imediatamente após o parto, o bebé está muito sensível, esse momento deve ser aproveitado para iniciar a vinculação mãe-filho e a primeira adaptação do recém-nascido ao seio (Velasco Juez e Aguilar Cordero, 2005). Martin e Valero (1992, cit. por Galvão, 2006) reforçam esta opinião ao dizerem que após o parto, tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade, antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. É durante este período que se deve proporcionar contacto precoce, não tanto com fins nutritivos mas para estabelecer um bom vínculo inicial. Para que se forme uma ligação mental e nutritiva entre a mãe e o filho, ligação que ambos necessitam, é necessário que o contacto ocorra o mais precocemente possível, após o parto.

Após o nascimento, deve-se secar, aquecer e colocar o bebé sobre o abdómen da mãe. Contudo, está demonstrado que o contacto pele com pele aumenta a temperatura do bebé. Em seguida, efectuar movimentos que o conduzam ao seio materno e assim se inicie a amamentação (Vinther e Hesing, 1997).

O contacto precoce após o parto é importante para a relação maternal nos mamíferos, o que também se aplica aos seres humanos (Rosenblatt, 1994). Parece que o contacto pele a pele favorece a duração da amamentação e uma maior comunicação entre a mãe e o seu filho (Renfrew, Lang e Woolridge, 2000), pelo que se deve recomendar, mesmo que a mãe não decida amamentar.

As mulheres que tenham sido submetidas a um parto distócico (cesariana, fórceps ou ventosa) e tenham recebido medicação no parto (anestésicos sistémicos, sedati-

vos e outros), não têm a oportunidade de sentir esse contacto tão privilegiado. A este propósito, Velasco Juez e Aguilar Cordero (2005) insistem que, apesar disso, há que iniciar o contacto o mais precocemente possível, para se motivar a mãe a prosseguir com a amamentação, reforçar o vínculo psico-afectivo, e os sentimentos de união serão mais fortes e a duração do aleitamento materno será maior.

Richard e Alade (1990) consideram que o contacto precoce entre mãe e filho pode ser um factor importante para o sucesso do aleitamento materno, através da melhor integração e comportamento afectuosos da díade. Assim, a separação mãe-filho logo após o nascimento desperta insegurança materna, dificulta o aleitamento e priva o bebé do carinho e cuidado da sua mãe (Ungerer e Miranda, 1999).

Imediatamente após o parto normal, os reflexos de busca e de sucção do recém-nascido são particularmente vigorosos e a mãe geralmente está ansiosa por ver e tocar o seu filho. Encorajar o contacto cutâneo entre a mãe e o filho e permitir que este sugue a mama será benéfico, reforçará a ligação afectiva mãe-filho e estimulará a secreção láctea.

O recém-nascido deve permanecer junto da mãe, enquanto estiver na sala de partos, e deve começar o mais cedo possível a amamentação, se possível durante a primeira hora de vida (Richard e Alade, 1990). Em 1979, a OMS e a UNICEF, em 1987, recomendaram que a amamentação fosse iniciada durante a primeira meia-hora. Os fundamentos desta recomendação têm sido corroborados por um grande número de estudos de correlação entre iniciação precoce e subsequente maior duração da amamentação (Salariya et al., 1978; American Academy of Pediatrics, 1982; Victoria, Huttly, Barros, e Vaughan, 1992; Victoria, Tomasi, Olinto e Barros, 1993).

• Apoio durante o parto e no pós-parto

Poucas experiências humanas alcançam os níveis de *stress*, ansiedade, dor e confusão emocional que ocorrem durante o parto e no pós-parto imediato. Sendo o parto uma ocasião de especial sensibilidade ao ambiente, não admira que acontecimentos, interacções e intervenções ocorridas durante o período do parto possam ter consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais.

Segundo Levy (1996: 42), “o apoio durante o parto é uma prática centenária, mas das suas vantagens só ultimamente têm sido validadas em bases científicas, ainda sem grande expressão nos países industrializados”.

O sucesso da amamentação parece estar dependente da interligação de três variáveis, uma mãe (e um pai) fortemente motivada, um lactente saudável e com boa capacidade de sucção, e pessoal de saúde compreensivo, encorajador e competente (Applebaum, 1982).

Acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, pós-parto imediato e durante a permanência da mãe e do bebé no hospital, podem contribuir para o sucesso ou, pelo contrário, pôr em perigo a amamentação (Christensson et al., 1995; Pérez-Escamilla, Pollit, Lonnerdal e Dewey, 1994).

As rotinas hospitalares podem facilmente ser melhoradas, com vista a promover o contacto imediato mãe-filho após o nascimento, praticar o alojamento conjunto e a amamentação a pedido, evitar o uso de suplementos do leite materno e a dádiva de amostras grátis de fórmulas para a alimentação de lactentes (Helsing, 1987, cit. por Levy, 1996). Estas intervenções necessitam de ser multidisciplinares e envolver toda a equipa na identificação de objectivos e estratégias para a mudança (Wright et al., 1996).

Com o objectivo de ajudar a ultrapassar situações menos positivas nas práticas hospitalares, a UNICEF e a OMS publicaram, em 1989, a brochura informativa “Protecting, promoting and supporting breastfeeding”,

... onde são apresentados os 10 passos para o sucesso da amamentação. Esses passos têm o objectivo de corrigir rotinas hospitalares anti-amamentação. Entre esses passos recomendados inclui-se colocar o bebé à mama logo após o nascimento, dar ao bebé apenas a mama, durante a permanência no hospital, e favorecer o alojamento conjunto para mães e bebés. Para promover a aceitação dessas novas rotinas, a UNICEF lançou em 1991, a campanha destinada a recompensar hospitais que pratiquem todos os «10 passos», que serão oficialmente designados como Hospitais Amigos do Bebê (Fonseca, 1999: 39-40).

Os obstáculos à iniciação do aleitamento materno vão desde a disposição física dos hospitais e enfermarias obstétricas e da organização dos serviços, até às atitudes dos médicos, enfermeiros, administradores e outros funcionários (Levy, 1994). Esta autora destaca, como factores associados ao declínio do aleitamento materno, as experiências da mulher, vivenciadas durante o trabalho de parto, a sensibilidade e as reacções da equipa de saúde às suas necessidades, incluindo o respeito pela sua dignidade e privacidade, e que proporcionem conforto e bem-estar, mas sem prejudicar a sua motivação para amamentar, pois considera consensual que a anestesia e a sedação profunda, embora se traduzam em comodidade imediata, dificultam o início do aleitamento materno, tanto como o trabalho de parto prolongado, a cirurgia e outras fontes de *stress*, descon-

forto e fadiga para mães e bebês. Acrescenta que a necessidade de sedativos, analgésicos e anestésicos deve ser criteriosamente considerada e que, mesmo sendo importantes para diminuir o desconforto físico da mulher, o uso descontrolado de tais medicamentos pode diminuir a sua capacidade de ter um parto normal, induzir sonolência, impedir um contacto íntimo com o bebê imediatamente após o parto e diminuir a capacidade de sucção do recém-nascido. Considera ainda que é de se evitar a administração de qualquer medicamento, incluindo hormonas, que possa interferir directamente com a iniciação e o estabelecimento da amamentação e sugere que a aplicação, ao recém-nascido, de nitrato de prata ou antibióticos, para a prevenção de conjuntivites, seja retardada por uns quinze minutos, de modo a não interferir no contacto ocular imediato entre mãe e filho.

Na opinião de Martin e Valero (1992, cit. por Galvão, 2006), deve-se facilitar o contacto precoce, não tanto com fins nutritivos, mas para que se estabeleça um vínculo inicial bom, para que se forme tão cedo quanto possível uma ligação física e mental entre a mãe e o filho, ligação de que ambos necessitam. Também Galvão (2006: 26), afirma que “é primordial que o contacto se estabeleça o mais precocemente possível após o parto e que não haja interferência nem interrupção durante o aleitamento”.

Bértolo e Levy (2002) referem também que os profissionais de saúde devem ajudar a mãe a iniciar e a manter a lactação, pois amamentar é algo que tem de ser aprendido, uma vez que, embora seja uma actividade natural, decorrente de uma série de impulsos biológicos ou instintivos, não é um processo automático, dependendo também de disposições comportamentais e de habilidades adquiridas ou desenvolvidas através da experiência e da interacção humana (Pereira, 2000). O seu sucesso implica a transmissão de um saber acumulado, o saber tradicional, e um processo educativo-informativo, veiculado por diversas fontes e dirigido a vários grupos e à sociedade em geral.

Outro factor que parece de eficácia comprovada na conservação da decisão em amamentar é a manutenção de um contacto pós-natal, intermitente e prolongado, entre prestadores de cuidados de saúde e as mães.

Segundo Lawrence (1989), a existência de um telefone de apoio às mães é também útil, principalmente para aquelas que têm problemas com o aleitamento materno, o que é suportado por pesquisas que concluíram que as mulheres que recebiam uma chamada telefónica semanal, para entrevista, ao longo do período de amamentação, e a quem, caso o entrevistador detectasse algum problema, era oferecida ajuda imediata,

competente e prática, continuavam a amamentar aos seis meses, em percentagens acima da média.

Existe ainda em alguns países, designadamente nos Estados Unidos, um serviço de visitação domiciliária, efectuado por enfermeiros, que provou também contribuir para o sucesso e duração da amamentação.

Algo que em Portugal é ainda relativamente raro, é o acompanhamento da parturiente por uma *doula*. “Doula” é uma palavra grega que foi usada pela primeira vez por dois investigadores americanos nos anos 70, significa «mulher que serve». Este termo é utilizado para designar a mulher que depois do parto, para além de funções de conselheira, substitui a mãe nas suas tarefas caseiras, para que aquela possa dedicar-se exclusivamente à sua tarefa de mãe (Creyghton, cit. por Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero, 2005). A *doula* ajuda a fortalecer o vínculo entre os pais e o bebé e permite diminuir a incidência de depressões pós-parto e de problemas com a amamentação. Na opinião de Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero (2005: 30)

... o que uma doula faz é dar apoio psicológico e emocional, preparando a grávida para o parto, mais a nível mental do que físico, além de dar informação e esclarecer dúvidas que surgem, a qualquer hora do dia ou da noite. Depois, estão disponíveis para acompanhar o parto e dar apoio no pós-parto.

Em Inglaterra, a maior parte dos partos acontece hoje com o apoio de uma doula, seja no hospital, seja em casa. Importante é salientar os estudos de Klauss e Kennel (1986), que analisaram o papel das “doulas” presentes no parto, mas que não tinham tido qualquer contacto anterior com as mães. Mesmo assim, os resultados foram suficientemente esclarecedores, ao ponto de Kennel afirmar que “se a doula fosse uma droga, seria contra a ética não a usar” (cit. por Esteves, 2005).

O efeito da presença da *doula* sobre o aleitamento materno pode dever-se a menor *stress* e ansiedade da mãe, condição importante no estabelecimento do reflexo de ejeção. Também pode ter influência o maior sentimento de competência nas suas possibilidades de amamentar (Creyghton, 1992).

Por tudo isto, o apoio emocional e físico, constante e ininterrupto, é uma das recomendações da OMS para o nascimento humanizado (Estévez González, Medina Santana e Aguilar Cordero, 2005).

• Educação para a saúde

Já se sublinhou que educação, saúde, promoção da saúde e educação para a saúde são ideias inseparavelmente entrelaçadas. A ampliação do sucesso no aleitamento materno mostra-o de modo particularmente evidente.

Alguns autores preconizam a introdução da promoção do aleitamento materno nos currículos de todos os níveis de escolaridade, desde a pré-primária até à universidade, adaptando-se o conteúdo das temáticas ao grupos etários em causa.

Aparentemente, as experiências e a educação da mulher, desde a mais tenra idade, repercutem-se nas suas atitudes e comportamentos posteriores, relativos ao aleitamento. Assim, ver regularmente outras mulheres amamentando, especialmente na mesma família ou grupo social, é um dos numerosos modos através dos quais meninas adolescentes e mulheres jovens podem desenvolver atitudes positivas em relação à amamentação. Atendendo ao que se sabe, no domínio dos factores interferentes na decisão de amamentar, parece poder afirmar-se que, desde a infância e durante a adolescência, as meninas deveriam ser orientadas positivamente em relação ao aleitamento, através tanto das suas vivências quanto da educação formal. O mesmo se pode dizer em relação à importância que assume a observação de mães alimentando e cuidando dos seus bebés. Tudo indica que as vantagens do aleitamento materno devem ser acentuadas dentro da educação familiar.

Levy et al. (1994), consideram que as experiências maternas de vida e os seus conhecimentos e atitudes, em relação ao aleitamento materno, quando adolescentes, parecem influenciar positivamente a decisão em amamentar e a manutenção dessa decisão, aumentando assim a duração do aleitamento materno e contribuindo para o sucesso da amamentação. Um estudo efectuado junto de 302 adolescentes da Escola Secundária do Lumiar, em Lisboa, relatado na mesma obra, permitiu-lhes evidenciar a relevância que a educação para a saúde, na adolescência, pode ter, para a promoção do aleitamento materno. Nesse estudo, em que a maior parte dos inquiridos manifestou uma atitude globalmente positiva, quanto ao aleitamento, e se mostrou receptiva a novas informações sobre o tema, foram também identificados alguns factores relacionados com o bem-estar da criança, que poderiam influenciar positivamente a decisão de amamentar um futuro filho. Os adolescentes que afirmaram que o leite materno era natural, e aqueles que já tinham visto a sua própria mãe, uma família ou amigo a amamentar mostraram-se mais decididos a tentar ou a incentivar a amamentação de um futuro filho.

Se as intervenções educativas são importantes para incentivar o aleitamento materno e são imprescindíveis para que as mães possam optar conscientemente entre as alternativas de alimentação dos seus filhos pequenos, provavelmente a participação em programas de educação maternal é o factor mais determinante na eleição do tipo de amamentação (Aznar Serra, Roca Roca, e Esteban Bañó, 1997; Blanco et al., 1999; Aro-ra et al., 2000; Yaque, Castillo e Macias, 2001; Bruch et al., 2001; Romagosa Albacar et al., 2003).

A evolução da espécie humana fez com que, apesar de mamíferos, deixássemos de saber amamentar instintivamente. O instinto deu lugar à aprendizagem, cujo sucesso depende essencialmente da informação adquirida e do apoio prático fornecido nos primeiros dias (Wight, 2001; Henschel e Inch, 2000).

Consequentemente, conclui-se, sem qualquer surpresa, que, entre os inúmeros factores que podem influenciar o modo como a amamentação se realiza, o mais decisivo será a falta de habilidade para amamentar, prática que antigamente se aprendia de mães para filhas de forma natural e espontânea, mas que hoje recai na alçada da educação para a saúde.

A preparação psicológica, o ensino à mãe das vantagens e dificuldades da amamentação durante as consultas de vigilância pré-natal, podem ser factores determinantes do seu sucesso. Esta preparação deverá incluir, além da motivação e do reforço da confiança, conhecimentos claros acerca do processo de amamentação, da actuação em cada uma das etapas e das dificuldades que poderão surgir, com vista a diminuir o nervosismo, a ansiedade, a insegurança e o medo do desconhecido, enfrentando com serenidade as novas experiências (OMS/UNICEF, 1989; Montgomery, 1999; Citrinovitz, 2005).

Aos enfermeiros cabe um papel insubstituível no domínio da educação materna e familiar. Em particular, durante a consulta de obstetrícia, agindo como educadores, deverão:

- motivar a futura mãe para o aleitamento materno – uma mãe motivada para amamentar antes do nascimento do filho tem, habitualmente, mais autoconfiança e descontração a seguir ao parto (Applebaum, 1982);
- transmitir conhecimentos – dar uma explicação simples sobre a anatomia e a fisiologia da produção de leite e do reflexo de ejeção. Informá-la sobre as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens do leite artificial e de vaca (Aguilar Cordero e Villaverde Gutiérrez, 2005);

- esclarecer a gestante sobre algumas informações ou conselhos errados que por ventura tenham sido dados por familiares e amigos, bem como quanto às técnicas utilizadas e ao aspecto e qualidade do leite materno (Applebaum, 1982);
- ensinar à mãe alguns exercícios específicos que permitam formar o mamilo, facilitando posteriormente a sua sucção pela criança;
- simular a técnica de amamentação – a grávida pode, com uma almofada, fazer a simulação de como colocar a criança ao seio na posição adequada (isto, segundo Applebaum (1982: 326), vai “actuar na mãe de tal modo que a seguir ao nascimento [...] se torna uma segunda natureza ou reflexo condicionado”);
- informar sobre como prevenir e ultrapassar pequenas dificuldades, principalmente com os seios;
- informar sobre as necessidades nutricionais durante a gravidez e a lactação (segundo Moreira, 1981: 35, cit. por Maia, 2005: 45, “a qualidade e quantidade do leite materno estão estreitamente ligados à maneira como a aleitante se alimenta”);
- esclarecer as mães que efectuarem cesariana de que não existe evidência alguma que apoie a antiga crença de que a cesariana tem efeito negativo sobre o estabelecimento do aleitamento materno.

Todos os profissionais de saúde necessitam de aprendizagem acerca do aleitamento materno (OMS/UNICEF, 1989). O enfermeiro, por ser o profissional de saúde que tem mais possibilidades de contacto directo com os destinatários das acções de promoção da amamentação, deverá dominar as técnicas educativas de divulgação e promoção da amamentação e estar sensibilizado para as implementar no contexto do seu trabalho (Decreto-Lei nº 70/2000, de 4 de Maio).

Para Leonor Levy (cit. por Maia, 2005), apesar de os enfermeiros poderem promover programas de educação para a saúde sobre o aleitamento materno, uma coisa é certa, eles deverão possuir uma preparação básica ou um curso de pós-graduação, de forma a obter os conhecimentos e desenvolver as atitudes necessárias à promoção do aleitamento materno junto das populações. E o mesmo se pode dizer da preparação de outros técnicos de saúde, como se ilustra, no caso particular da formação em Pediatria, com a opinião de Arena Ansótegui (2003: 210):

Parece razoável, portanto, fazer um apelo às autoridades acadêmicas para que se ministrem com profundidade estes conteúdos de ensino nas faculdades de medicina e que se inclua um curso de formação de técnicas de aleitamento materno segundo o modelo da OMS durante o período MIR [estágio de preparação para o acesso à especialização], já que a influência do pediatra no início e na continuidade do aleitamento é muito grande e, por isso, uma preparação adequada neste campo é absolutamente necessária.

PARTE III

Estudo empírico das condições de sucesso no aleitamento materno
numa amostra de mães do concelho de Chaves
(Setembro de 2004 - Janeiro de 2005)

PARTE III

Estudo empírico das condições de sucesso no aleitamento materno numa amostra de mães do concelho de Chaves (Setembro de 2004 - Janeiro de 2005)

1. METODOLOGIA

1.1. O problema

Para definir e precisar o problema de investigação foram seguidos os passos seguintes:

- formulação das perguntas de partida;
- apresentação do contexto justificativo e das finalidades da pesquisa;
- especificação dos objectivos da pesquisa;
- determinação do tipo de investigação a efectuar;
- enunciação das questões de investigação e das hipóteses orientadoras da pesquisa.

• Perguntas de partida

O problema de investigação seleccionado pode começar a ser apreendido através de um conjunto de perguntas, que, como se disse na Introdução, definiu o seu ponto de partida:

- O que é que leva algumas mães a iniciar, ou a não iniciar, a amamentação dos seus filhos recém-nascidos e, mais do que isso, o que é que faz com que certas mulheres continuem a amamentar e outras desistam de o fazer?
- Que características têm umas e outras?
- Em que medida essas características podem ajudar a prever comportamentos neste domínio?
- O que é que, das respostas às perguntas anteriores, pode resultar, como contribuição para intervenções que favoreçam o início e o prolongamento da amamentação?

• **Justificação e finalidades da pesquisa**

Num trabalho muito recentemente publicado (Nelson, 2006), procedeu-se à síntese de 15 estudos qualitativos sobre amamentação, seleccionados entre 337 inicialmente analisados. Segundo a autora, “Os estudos sintetizados revelaram que a amamentação é uma «absorvente jornada pessoal», fisicamente pesada e que requer empenhamento da mãe, adaptação e suporte de múltiplas fontes” (Nelson, 2006: 13), sugerindo que o apoio mais significativo que os profissionais de saúde poderão dar às lactantes consiste em ajudá-las a tomar consciência da sua capacidade para amamentar, a precisar os seus objectivos quanto ao aleitamento materno (AM), a melhorar o nível de conforto na relação com o seu próprio corpo, a criar uma rede de apoios e a serem tolerantes perante as dificuldades de amamentação e suficientemente voluntariosas na alteração das suas vidas, fazendo as mudanças suscitadas pelo AM. Ou seja, face a estes resultados, percebe-se que quase tudo o que importa fazer, para facilitar o sucesso no AM, se inscreve no âmbito da educação para a saúde.

O mesmo trabalho também permitiu concluir que, apesar dos esforços que têm sido feitos para promover a amamentação exclusiva, as taxas de sucesso no AM continuam a ser modestas.

Um estudo realizado nos centros de saúde do concelho de Chaves (Fonseca, 1995), revelou que 92,6% das mães participante na pesquisa iniciavam a amamentação dos seus filhos, mas, ao quarto mês, só 48% continuavam a amamentar.

Embora escasseiem os dados epidemiológicos globais sobre incidência e prevalência do aleitamento materno (AM), em Portugal, parece ser de admitir que o nosso país, neste domínio, está em linha com o que se observa na generalidade dos países do Sul da Europa, onde, em média, as taxas de início da amamentação se aproximam dos 80%, mas aos três meses descem para 50% e aos seis meses se ficam pelos 25%. No entanto, e de acordo com um trabalho publicado por Batalha (2004), os resultados recentes parecem evidenciar que a prática do AM melhorou nos últimos vinte anos.

Foi neste contexto que se desejou inserir o problema de investigação, ou seja, a finalidade imediatamente perseguida foi contribuir para o conhecimento das razões que levam as mulheres a deixar de amamentar, antes dos quatro meses de idade dos seus filhos, e ajudar a identificar factores favoráveis ao prolongamento da amamentação.

Como a autora é Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica foi também aspiração sua que os resultados deste estudo pudessem vir a estimular práticas e

atitudes promotoras do AM, na comunidade, em geral, e junto dos profissionais das áreas da educação e da saúde, em particular.

• Objectivos

Especificando as finalidades acima enunciadas, em ordem a traduzi-las em termos facilitadores da determinação das necessidades de informação a satisfazer e da organização da pesquisa, chegou-se aos objectivos seguintes:

1. determinar o grau de sucesso no AM, através da estimação da frequência da sua efectivação, em dois momentos, o momento da alta hospitalar após o parto (incidência), discriminando as situações de amamentação exclusiva e de amamentação suplementada, e aos 4 meses de vida do recém-nascido (prevalência);
2. caracterizar as puérperas participantes no estudo, em termos pessoais, familiares, sociais, económicos e culturais;
3. conhecer as fontes de apoio e de informação sobre o AM a que as puérperas tiveram acesso e quais as informações obtidas;
4. registar ocorrências pertinentes no período perinatal (internamento do recém-nascido – RN – em neonatologia, alojamento conjunto, estabelecimento do contacto mãe-filho, adaptação do RN ao seio materno e alimentação do RN);
5. identificar circunstâncias relevantes na decisão de amamentar (o momento em que a decisão foi tomada, opiniões influentes na decisão e amamentação anterior);
6. identificar um conjunto de atitudes ou opiniões das puérperas, face à gravidez, à gestação, ao parto, à amamentação, à informação e ao apoio recebidos, ao filho recém-nascido (RN) e à possibilidade de vir a ter mais filhos;
7. caracterizar objectivamente a gravidez (tipo, duração e vigilância), o parto (tipo, local e duração do internamento) e a condição do(s) RN (índice de Apgar, patologias ao nascer e durante os 4 meses a seguir ao parto);
8. recolher dados antropométricos do RN (peso, estatura e perímetro cefálico), no momento da alta e aos 4 meses de vida;
9. avaliar a saúde da mãe e do RN (patologias nos 4 meses pós-parto);
10. identificar razões que contribuíram para manter o AM, depois da alta hospitalar da puérpera, a seguir ao parto;

11. identificar o momento em que o AM tenha sido abandonado, antes do 4º mês de vida do RN, e quais os motivos do abandono;
12. detectar e avaliar relações entre os aspectos considerados nos objectivos anteriores e o sucesso, ou insucesso, no AM.

• Tipo de investigação

Tendo em conta os objectivos deste estudo, que, pela sua natureza, poderão ser assimilados na intenção geral de “proporcionar familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito” e de realizar “a descrição das características de determinada população ou fenómeno” (Gil, 1991: 45-46), pareceu adequado concebê-lo como uma pesquisa exploratória, com carácter descritivo, ou seja, orientada para a “recolha de dados mediante a observação sistemática de uma situação tal e qual como esta se apresenta” (Orden Hoz, 1985: XX) e para a constatação de relações ou associações, ao nível mais elementar (detecção de diferenças), sem procurar determinar a intensidade ou a natureza (causal ou meramente conectiva) de tais relações ou associações. A pesquisa projectada também pode ser classificada, segundo a tipologia de Bisquerra (1989), como um estudo longitudinal a curto prazo, uma vez que se procurou obter dados respeitantes aos mesmos indivíduos em dois momentos relativamente próximos um do outro (o momento da alta pós-parto e o início do 4º mês de vida do RN).

Se bem que se quisesse identificar variáveis pertinentes, que permitissem caracterizar satisfatoriamente o sucesso, ou o insucesso, do AM, estimar a relevância dessas variáveis e detectar relações funcionais entre elas, havia a consciência de que o estudo não poderia transcender o quadro espaço-temporal em que o seu objecto estava configurado. Pensou-se, por isso, que a pesquisa deveria desenvolver-se essencialmente como um “levantamento descritivo” (Kerlinger, 1980: 171) ou um “inquérito empírico [... visando] acumular resultados variados e detalhados (Chauchat, 1985: 14-15), com que “fundamentar apreciações e decisões, com origem em problemas práticos, ligados à determinação da eficácia de um projecto, ou situação, particular, e não em problemas teóricos, relacionados com o esclarecimento de fenómenos gerais” (Bianchi, 1998: 315).

• Questões de investigação e hipóteses orientadoras

Embora, atendendo à natureza exploratória e ao carácter descritivo da pesquisa, não houvesse possibilidade de controlar ou manipular variáveis independentes, nem de definir grupos estratégicos de controlo experimental, recorreu-se a um conjunto de ques-

tões que permitissem a medida, ou a classificação, de resultados e a sua comparação, quer entre eles, quer com resultados de outras pesquisas similares.

A dificuldade em circunscrever o domínio do problema a investigar, em identificar e relacionar os principais factores que nele influem, bem como em controlar esses factores e as características do meio em que emergem e dos sujeitos sobre que exercem a sua influência, não foi totalmente impeditiva da formulação de hipóteses fundadas no contexto teórico-conceptual que se apresentou na Parte II e nos conhecimentos e expectativas resultantes da experiência pessoal e profissional da autora. Estas hipóteses, ainda que enunciadas como relações conjecturais entre variáveis, não procuram especificar a intensidade e a natureza de tais relações, nem compor um todo dedutivamente derivado de uma teoria coerente. São apenas “hipóteses de trabalho”, com que se procurou explicitar directrizes orientadoras do estudo, ou seja, são meras conjecturas instrumentais, elaboradas no intuito de precisar o objecto de observação e de guiar a exploração dos dados recolhidos, através da identificação preliminar das regularidades e relações que se pretendia detectar.

Assim, o problema inicialmente esboçado adquiriu uma forma suficientemente nítida e funcional, prenunciando os resultados parciais de cada uma das tarefas em que o processo investigativo haveria de se consumir, através das perguntas e das hipóteses que a seguir, na tentativa de clarificar o seu alcance, graças à acentuação da sua mútua complementaridade, se apresentam interligadamente:

1. Será que o sucesso no AM está relacionado com a idade da mãe?

H₁ - Há uma relação tendencialmente positiva entre a idade da mãe e a prevalência do AM.

2. Será que o sucesso no AM está relacionado com a idade do pai do RN?

H₂ - Há uma relação tendencialmente positiva entre idade do pai do RN e a prevalência do AM, no caso de pai e mãe viverem em coabitação.

3. Será que o sucesso no AM está relacionado com a diferença de idades entre a mãe e o pai do RN?

H_{3a}- No caso de pai e mãe estarem casados e a viver em coabitação, à medida em que aumenta a diferença de idades entre os progenitores do RN, tende a crescer o sucesso no AM.

H_{3b}- Nos casos restantes, não é de esperar que a diferença de idades entre os progenitores do RN influencie o sucesso no AM.

4. Haverá alguma relação entre o estado civil da mãe e o sucesso no AM?
H₄ - É de esperar que o sucesso no AM seja maior nas situações de estabilidade conjugal (casamento).
5. O sucesso no AM relacionar-se-á com a coabitação da mãe e do pai do RN?
H₅ - A probabilidade de prolongamento do AM é maior, quando a mãe coabita com o pai do RN.
6. Será que a prática do AM está relacionada com o número de filhos?
H_{6a}- É de esperar que as primíparas registem taxas de incidência mais altas do que as verificadas entre as mulheres com 2 filhos.
H_{6b}- Nos casos restantes, não é de esperar que o sucesso no AM se relacione com o número de filhos.
7. O sucesso no AM estará relacionado com o nível sócio-económico (NSE) da mãe?
H₇ - Quanto mais elevado for o NSE da mãe, mais provável é que não inicie, ou que abandone precocemente, o AM.
8. O sucesso no AM estará relacionado com o nível de escolaridade (NE) da mãe?
H₈ - Quanto mais elevado for o NE da mãe, mais provável é que não inicie, ou que abandone precocemente, o AM..
9. Será que o sucesso no AM está relacionado com o desejo de engravidar e com o planeamento da gravidez?
H₉- A incidência e a prevalência do AM deverão ser mais altas, quando a gravidez é planeada e desejada.
- 10.O sucesso no AM estará relacionado com a vigilância da gravidez?
H₁₀- A vigilância da gravidez influencia o sucesso no AM que é tanto mais provável quanto mais frequente for a vigilância.
- 11.Será que o abandono da prática do AM está relacionado com a forma como decorreu a gravidez?
H₁₁- A existência de problemas durante a gravidez influencia negativamente a prática do AM.
- 12.O sucesso no AM terá alguma relação com a idade gestacional do RN?
H₁₂- É esperar que se observe uma associação negativa entre sucesso no AM e a idade gestacional do RN.

13.O sucesso no AM terá alguma relação com o tipo de gravidez?

H₁₃- O sucesso no AM deve ser mais provável nas gravidezes simples do que nas múltiplas.

14.Será que o sucesso no AM está relacionado com o tipo de parto?

H₁₄- O sucesso no AM é mais provável no caso do parto ser eutócico.

15.O sucesso no AM estará relacionado com o índice de Apgar do RN?

H₁₅ – É de esperar que haja uma associação positiva entre o sucesso no AM e o índice de Apgar do RN.

16.Será que o abandono da prática do AM está relacionado com o tipo de alimentação dado ao RN durante o internamento?

H₁₆- O AM exclusivo durante o internamento influencia positivamente o sucesso no AM.

17.Haverá alguma relação entre o alojamento conjunto da mãe e de RN e o sucesso no AM?

H₁₇- O alojamento conjunto influencia positivamente o sucesso no AM.

18.Será que a informação que a mulher recebeu durante a gravidez influencia o sucesso no AM?

H₁₈- A quantidade, a qualidade e a diversidade da informação fornecida às mães, bem como a frequência da sua disponibilização, relacionam-se positivamente com o sucesso no AM.

19.Haverá alguma relação entre o sucesso no AM e o momento em que recebeu a informação?

H₁₉ - O momento da decisão de amamentar influencia a prática do AM.

1.2. Amostra

O processo de amostragem foi meramente casual, não-probabilístico, e determinado apenas pela facilidade de acesso aos participantes, sem qualquer critério de inclusão ou exclusão, para além da pertença à população pertinente, dando lugar, portanto, a uma amostra de pura conveniência (Bianchi, 2002).

A população a que a pesquisa pretendia referir-se era constituída por todas as parturientes, mães de nados-vivos e residentes no concelho de Chaves, cujo parto tivesse ocorrido no período destinado à fase inicial dos trabalhos de campo, ou seja, de 1 de Setembro de 2004 a 6 de Janeiro de 2005.

As 173 mulheres efectivamente participantes na amostra corresponderam a todas as que realizaram partos assistidos no Hospital Distrital de Chaves, entre as datas referidas. Uma vez que não há notícia de que, no âmbito temporal considerado, tenha ocorrido qualquer parto, em qualquer outro lugar do Concelho, e que, em relação às participantes, foi possível recolher todas as informações que previamente se tinha considerado serem necessárias, com uma única excepção parcial (respeitante a uma mulher que, por efeito de problemas de saúde do RN, foi transferida para outro hospital), os objectivos fixados para o processo de recolha de dados foram plenamente alcançados, produzindo uma imagem muito satisfatória da população que se queria conhecer.

Com efeito, descontadas eventuais incidências inerentes aos facto de os dados se vincularem a um lapso temporal de apenas quatro meses, o que, mesmo que a amostragem fosse aleatória, não deixaria de ser uma restrição, poderá esperar-se que a amostra estudada seja representativa, à escala do concelho de Chaves.

1.3. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

• Aspectos ou dimensões do problema (identificação de variáveis)

A decomposição do conteúdo do problema seleccionado permitiu que se tomasse consciência de um numeroso conjunto de assuntos, de cuja análise, considerando os objectivos, as questões de investigação e as hipóteses orientadoras da pesquisa, resultou a identificação das variáveis que seguidamente se apresentam.

- Variável de critério (dependente):
Sucesso no AM (adesão, ou rejeição, inicial e manutenção ou abandono).
- Variáveis de classificação (independentes):
 1. Idade da parturiente ou lactante
 2. Idade do pai do RN
 3. Diferença de idades entre a mãe e o pai do RN
 4. Profissão do pai do RN
 5. Estado civil
 6. Número de filhos
 7. Local de residência (meio rural/urbano)
 8. Agregado familiar (pessoas com que a mãe coabita)
 9. Índice de Graffard (1956) da mãe (profissão; nível de instrução; fontes de rendimento familiar; conforto do alojamento; aspecto do bairro habitado)

10. Nível sócio-económico
11. Nível de escolaridade
12. Atitude perante a gravidez (planeada/não planeada; desejada/não desejada)
13. Vigilância da gravidez (local e frequência)
14. Gestação (gravidez com/sem problemas)
15. Tipo de gravidez (simples/múltipla)
16. Opinião da mãe sobre a experiência vivida durante a gestação
17. Lugar do parto
18. Tipo de parto (eutócico/distócico)
19. Sexo do RN
20. Idade gestacional
21. Índice de Apgar (1º minuto; 5º minuto)
22. Dados antropométricos do RN (peso, estatura e perímetro cefálico, à nascença e ao 4º mês de vida)
23. Patologias do RN (à nascença e até ao 4º mês de vida)
24. Alojamento conjunto mãe-filho (no período de internamento pós-parto)
25. AM durante o internamento (sim/não)
26. Momento do 1º contacto mãe-filho
27. Momento da adaptação do RN ao seio
28. Alimentação do RN durante o internamento (leite materno/outras alimentações)
29. Momento de decisão sobre o AM, no contexto da gravidez actual
30. Pessoas influentes na decisão sobre o AM, no contexto da gravidez actual
31. Informação recebida sobre AM, no contexto da gravidez actual (oportunidades; meios; conteúdos; apreciação subjectiva da informação recebida)
32. Opinião da mãe sobre a necessidade de mais informação relativa ao AM (no momento da alta hospitalar e no início do 4º mês de vida do RN)
33. Intenção de continuar o AM no momento da alta clínica (durante quanto tempo pensa amamentar)
34. Apoio ao AM recebido durante o internamento
35. Opinião da mãe sobre as suas primeiras vivências no AM do RN
36. Opinião da mãe sobre o comportamento do RN no período inicial de AM
37. Opinião da mãe sobre a influência do AM no seu dia-a-dia

38. Opinião da mãe sobre a influência do AM na sua saúde
39. Opinião da mãe sobre a influência estética do AM no seu corpo
40. Opinião da mãe sobre a influência do AM na sua vida sexual
41. AM de outro(s) filho(s), na sequência de gravidez(es) anterior(es)
42. Momento de decisão sobre o AM, no contexto da(s) gravidez(es) anterior(es)
43. Pessoas influentes na decisão sobre o AM, no contexto da(s) gravidez(es) anterior(es)
44. Disposição para vir a ter mais filhos
45. Prevalência do AM no início do 4º mês de vida do RN
46. Momento em que tenha deixado de amamentar
47. Razões que a levaram a continuar/abandonar o AM
48. Apoio ao AM recebido em casa (de quem)
49. Informação sobre o AM recebida nas consultas de vigilância da saúde do RN

• **Operacionalização das variáveis e colecta de dados**

A operacionalização das variáveis identificadas, mediante a sua enunciação em termos que propiciassem a sua observação (directa ou indirecta), a fixação de critérios adequados de classificação ou medição e o registo sistemático dos dados observados e classificados ou medidos, consumou-se nos guiões que compõem o Anexo I.

Com base naqueles guiões a autora entrevistou as participantes, nos momentos finais do internamento pós-parto e no início do 4º mês de vida dos RN. As entrevistas começaram no princípio de Janeiro de 2005 e prolongaram-se até aos primeiros dias de Abril, do mesmo ano. Embora seguindo um formato bastante estruturado, para facilitar o registo, a organização e a análise das informações produzidas, as entrevistas puderam beneficiar da flexibilidade decorrente da interacção pessoal entre a autora e as entrevistadas, confirmando que tinha sido justificada a preferência por este procedimento, em alternativa ao recurso a um questionário auto-administrado pelas inquiridas, que seria inevitavelmente mais rígido, restringindo as informações abarcáveis, e originaria importantes reservas quanto à sua validade, dada a antecipadamente conhecida heterogeneidade cultural das participantes.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados apresentados e discutidos neste capítulo limitam-se ao estritamente necessário, em função das finalidades e dos objectivos da pesquisa realizada. Assim, considerar-se-ão os dados mais relevantes e directamente relacionados com quatro aspectos fundamentais:

- a caracterização da amostra estudada;
- a incidência e a prevalência do AM;
- as condições favoráveis e desfavoráveis ao sucesso no AM (factores influentes na incidência e na prevalência do AM).
- e efeito do AM sobre o crescimento dos RN.

2.1. Caracterização da amostra

• Características das mães

1. A idade

A idade das inquiridas variou entre 17 e 40 anos. A média das idades foi de 27,5 anos, o desvio-padrão de 5,30 anos e o erro-padrão da média de 0,40 anos.

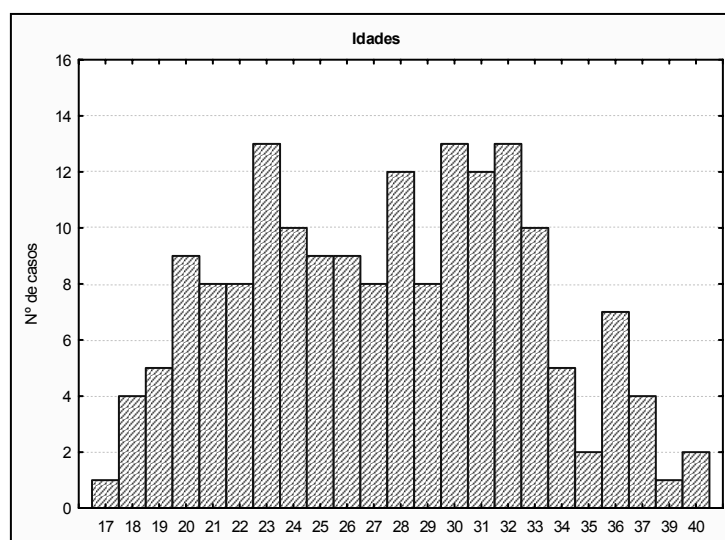


Figura 3. Distribuição das idades das participantes

Dado o carácter multimodal da distribuição das idades (Figura 3), pareceu oportuno agrupá-las em três grupos, definidos com base nos limites superiores do 1º quartil (23 anos) e do 2º quartil (32 anos):

- Idade baixa (17 a 22 anos) – 35 mulheres (20,23%);
- Idade média (23 a 31 anos) – 94 mulheres (54,34%);
- Idade alta (32 a 40 anos) – 44 mulheres (25,43%).

2. Estado civil

Quanto ao estado civil, verificou-se que as participantes eram maioritariamente casadas (138 mulheres, ou seja, 79,77% do total), que havia 17 (9,83%) em união de facto, 15 (8,67%) eram solteiras e 3 (1,73%) eram divorciadas.

Houve 9 mulheres casadas que não responderam à questão sobre com quem coabitavam. As 126 restantes (72,83% do total da amostra) disseram coabitar com os maridos. Das 15 solteiras, responderam 14, dizendo 10 (5,78%) que coabitavam com o companheiro e 4 (2,31%) com os pais. 12 (6,94%), das 17 participantes em união de facto afirmaram também que viviam com o companheiro, 2 (1,16%) declararam que coabitavam com os pais e as 3 restantes não responderam. Por fim, 2 (1,16%), das 3 divorciadas, informaram viver apenas com os filhos. No total, houve 156 (90,17%) respostas válidas e 17 (9,83%) inquiridas que não responderam.

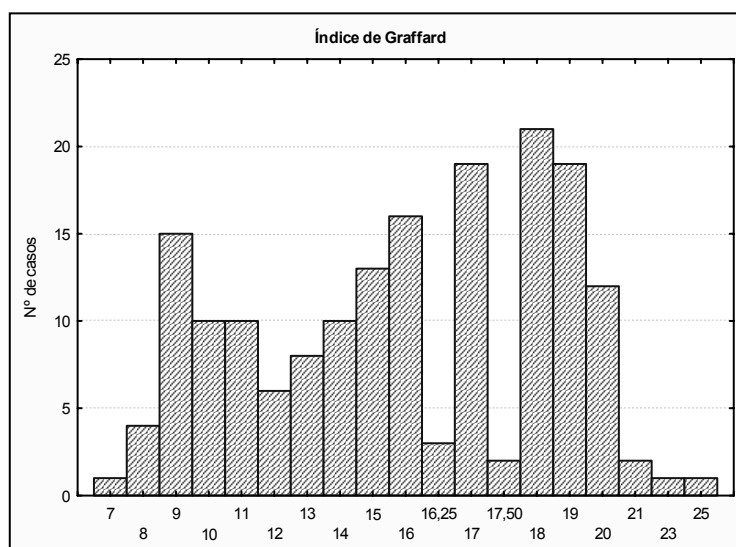


Figura 4. Distribuição das participantes em função do índice de Graffard

3. Condições sócio-económico-culturais

As condições sócio-económico-culturais das participantes foram avaliadas através do índice de Graffard (ver, em anexo, o guião da primeira entrevista). Os valores obtidos variaram entre 7,0 e 25,0, com mediana em 16,0, moda em 18,0, média em 15,2, desvio-padrão igual a 3,77 e erro-padrão da média igual a 0,29. Para evitar a descontinuidade evidenciada na Figura 4, tal como se fizera com as idades, os dados relativos ao

índice de Graffard foram agregados em três grupos, definidos pelos limites superiores do 1º quartil (12,0) e do 3º quartil (18,0). 40 75 58

- Nível sócio-económico-cultural baixo (7 a 11) – 40 mulheres (23,12%);
- Nível sócio-económico-cultural médio (12 a 17) – 75 mulheres (43,35%);
- Nível sócio-económico-cultural alto (18 a 25) – 58 mulheres (33,53%).

Os valores do índice de Graffard são sugestivos de uma estratificação social mais satisfatória do que a percepção empírica que se pode ter da realidade sociológica do concelho de Chaves (cerca de 77% das participantes situadas nos níveis sócio-económicos culturais médio ou alto). Admitindo que isto não se deve ao enviesamento da amostra, possibilidade que, de qualquer modo, não poderemos rejeitar absolutamente, sobra a possibilidade de o próprio índice não ser particularmente adequado para a apreciação de populações como as de regiões deste tipo, nomeadamente pelo peso que atribui às condições de residência (conforto da habitação e características da sua zona de implantação), conduzindo a uma provável sobrestimação da condição que se quer avaliar. Esta interpretação parece obter apoio na análise da situação profissional e do nível de instrução das inquiridas, em que é saliente o predomínio de resultados abaixo do grau médio das escalas de medição, como se pode observar nas tabelas seguintes:

Profissão da mãe

	Profissão	fa	fa acumul.	fr	fr acumul.
Grupo	1	30	30	17,3%	17,3%
	2	18	48	10,4%	27,7%
	3	21	69	12,1%	39,9%
	4	25	94	14,5%	54,3%
	5	76	170	43,9%	98,3%
	NR	3	173	1,7%	100,0%

Instrução da mãe

	Profissão	fa	fa acumul.	fr	fr acumul.
Nível	1	39	39	22,5%	22,5%
	2	28	67	16,2%	38,7%
	3	32	99	18,5%	57,2%
	4	65	164	37,6%	94,8%
	5	9	173	5,2%	100,0%
	NR	0	173	0,0%	100,0%

• Incidência e prevalência do AM

A taxa global de incidência do AM, no momento da alta pós-parto, foi de 98,84% (171 lactantes), correspondendo à soma da taxa de incidência do AM exclusivo (79,77% - 135 lactantes) e da taxa de incidência do AM suplementado (19,07% - 36 lactantes).

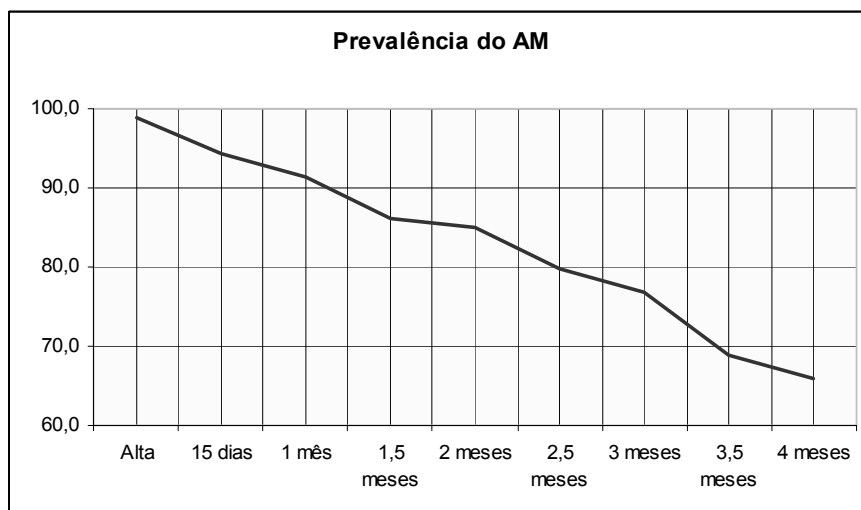


Figura 5. Evolução da prevalência do AM

A taxa de prevalência do AM, no início do 4º mês de vida do RN, foi de 65,90% (114 lactantes). A evolução da taxa de prevalência, desde o momento da alta hospitalar pós-parto, até ao começo do 4º mês de vida do RN, foi praticamente linear, como se pode observar na Figura 5. Os valores correspondentes são apresentados na tabela seguinte:

Evolução da prevalência do AM			
	fa	%	Varição
Alta	171	98,8	0,00
15 dias	163	94,2	-4,62
1 mês	158	91,3	-2,89
1,5 meses	149	86,1	-5,20
2 meses	147	85,0	-1,16
2,5 meses	138	79,8	-5,20
3 meses	133	76,9	-2,89
3,5 meses	119	68,8	-8,09
4 meses	114	65,9	-2,89

No estudo presente, quer os números relativos à incidência, quer os dados referentes à prevalência, são algo mais elevados, do que o que se poderia esperar, em função de estudos anteriores, com o mesmo âmbito territorial – como, aliás já se disse, no que se refere à comparação com os resultados obtidos por Fonseca (1999) –, ou de âmbito nacional.

Outro aspecto, revelado nesta pesquisa, que merece ser sublinhado prende-se com a evolução da taxa de prevalência, ao longo dos 4 meses considerados, evolução que é mais suave do que a sugerida em vários dos trabalhos referidos na Parte I e na Parte II desta dissertação. De facto, nesses trabalhos, deparou-se repetidas vezes com a ideia de que os primeiros 15 dias, ou o primeiro mês, após o parto, seriam um período

de quebra especialmente acentuada da taxa de prevalência do AM. Ora, a Figura 5 e a tabela que a complementa estão em flagrante contraste com tal ideia. Resta saber se aquilo que se observou na amostra estudada acontece também numa escala espacial mais ampla, pois, pelas limitações inerentes à sua natureza, a nossa pesquisa não autoriza uma generalização desse tipo.

2.2. Condições favoráveis e desfavoráveis ao sucesso no AM

Não obstante, na generalidade dos casos, em que se confrontaram as características das mulheres que não iniciaram, ou que abandonaram precocemente, o AM, com as características das que o prosseguiram 4 meses depois do parto, os dados recolhidos serem aparentemente compatíveis com respostas afirmativas às questões de investigação formuladas, o resultado da avaliação da grande maioria das hipóteses enunciadas não foi concludente, devendo, pelo contrário, admitir-se que muitas das diferenças detectadas possam dever-se a circunstâncias fortuitas ou a associações espúrias.

Por isso, decidiu-se reter apenas os casos em se comprovou a existência de resultados estatisticamente significativos, permitindo a rejeição da hipótese nula (hipótese de nulidade das diferenças ou associações), com o nível de significância (probabilidade aceite de rejeitar erradamente a hipótese nula, quando ela é verdadeira, ou seja, a probabilidade que se tolera de cometer um *erro de tipo I*) fixado em 5% ($\alpha=0,05$).

Na apresentação que se segue, cuidar-se-á sequencialmente de dois grupos de resultados relativos a condições favoráveis ou desfavoráveis ao sucesso no AM:

- factores influentes na incidência do AM;
- e factores influentes na prevalência do AM.

Em ambos os casos, os resultados serão referidos segundo a ordem seguida na exposição inicial das questões de investigação.

• Factores influentes na incidência do AM

Praticamente a totalidade das parturientes amamentou os seus filhos recém-nascidos no período de internamento perinatal. Consequentemente, com os dados recolhidos, é impossível identificar quaisquer factores com eficácia diferencial sobre a incidência do AM.

Ainda assim, quando se consideram apenas os casos de AM exclusivo, observam-se diferenças estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$), em dois aspectos relaciona-

dos com a avaliação do comportamento do RN, pela mãe, no período de internamento pós-parto:

- RN sonolento (Qui-quadrado: 5,74165, gl=1, p=,016569;)
- e RN indisposto (Qui-quadrado: 12,1860, gl=1, p=,000482).

É o que se pode confirmar, nas tabelas seguintes, onde se cruzam os dados relativos aos dois aspectos considerados, com os dados referentes à prática do AM exclusivo, durante o período de internamento a seguir ao parto:

Sonolento			
Sonol.38.5	AM exclusivo		Total
	Sim	Não	
Não	86 62,32%	13 39,39%	99
Sim	52 37,68%	20 60,61%	72
Total	138	33	171

Indisposto			
Indisp.38.6	AM exclusivo		Total
	Sim	Não	
Não	137 99,28%	29 87,88%	166
Sim	1 0,72%	4 12,12%	5
Total	138	33	171

Todavia, é de suspeitar que as diferenças constatadas se devem sobretudo às condições que levaram à suplementação ou ao aleitamento artificial, não sendo causas, nem efeitos, do modo como os RN foram alimentados. Mais plausível, parece ser que os bebés que não fizeram AM exclusivo pertençam, basicamente, a dois grupos:

- os que, por prematuridade ou por estarem doentes, ou em dificuldade, se viram afastados das suas mães, nas primeiras horas depois do nascimento;
- e os que, tendo nascido por cesariana ou parto instrumentado, ou cuja mãe ficou em sofrimento no pós-parto, não puderam beneficiar imediatamente da presença dela.

Assim, é-se levado a pensar que a sonolência ou a indisposição, que lhes é imputada, têm origem, ou em condições fisiológicas, sem relação com a alimentação, ou são apenas reflexo da situação psicológica das respectivas mães.

• Factores influentes na prevalência do AM

No que se refere a aspectos ou circunstâncias com efeitos diferenciais na prevalência do AM, ao 4º mês de vida do RN, observam-se diferenças estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$), em seis casos:

- gravidez desejada (Qui-quadrado: 4,394, gl=1, $p=0,036$);
- alojamento conjunto mãe-filho (Qui-quadrado: 4,522, gl=1, $p=0,033$);
- AM exclusivo (Qui-quadrado: 5,859, gl=1, $p=0,015$);
- informação durante a gestação (Qui-quadrado: 9,444, gl=1, $p=0,002$);
- momento do primeiro contacto mãe-filho (Qui-quadrado: 6,828, gl=2, $p=0,033$);
- convicção de que o AM pode causar dificuldades no dia-a-dia (Qui-quadrado: 4,708, gl=1, $p=0,030$).

Os dados relativos a estes seis aspectos, distribuídos em função da prática do AM ao 4º mês, são os constantes das tabelas seguintes:

Gravidez desejada			
Desej.12b	AM.48		Total
	Não	Sim	
Não	11 18,64%	9 7,89%	20
Sim	48 81,36%	105 92,11%	153
Total	59	114	173

Alojamento conjunto			
Quarto.26	AM.48		Total
	Não	Sim	
Sim	54 91,53%	112 98,25%	166
Não	5 8,47%	2 1,75%	7
Total	59	114	173

AM exclusivo			
AM exclusivo	AM.48		Total
	Não	Sim	
Sim	41 69,49%	97 85,09%	138
Não	18 30,51%	17 14,91%	35
Total	59	114	173

Informação durante a gestação			
Inform.32	AM.48		Total
	Não	Sim	
Não	34 57,63%	38 33,33%	72
Sim	25 42,37%	76 66,67%	101
Total	59	114	173

Primeiro contacto mãe-filho			
Contacto.35	AM.48		Total
	Não	Sim	
SP	4 6,78%	17 14,91%	21
3H	51 86,44%	96 84,21%	147
24H	4 6,78%	1 0,88%	5
Total	59	114	173

Dificuldades no dia-a-dia			
Dificult.40	AM.48		Total
	Não	Sim	
Não	51 86,44%	109 95,61%	160
Sim	8 13,56%	5 4,39%	13
Total	59	114	173

• **Efeito do AM sobre o crescimento dos RN**

Contrariando uma convicção bastante divulgada, os resultados desta pesquisa mostraram que, na amostra estudada, no início do 4º mês pós-parto, não há qualquer diferença estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$) entre as características antropométricas dos RN (peso, estatura e perímetro cefálico), quer sejam alimentados ao peito, quer recebam alimentação artificial:

RN com alimentação artificial (no início do 4º mês de vida)

	SIM		Não		<i>t</i>	gl	p
	Média	n	Média	n			
Peso	6388,39	59	6497,46	114	0,33	171	0,33
Estatura	61,86	59	62,29	114	0,33	171	0,33
Perímetro cefálico	41,85	59	41,99	114	0,71	171	0,71

3. CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica realizada nas duas primeiras partes deste trabalho, além de ter permitido clarificar alguns conceitos básicos para a compreensão da temática explorada, facultou o delineamento de um quadro global, relativo à incidência e à prevalência do AM, no mundo contemporâneo e, em particular, no nosso país.

As fontes consultadas, talvez possam ser consideradas suficientemente numerosas, para representar satisfatoriamente a realidade que se pretendia retratar, e são, sem dúvida, tão diversas, actualizadas e credíveis quanto o requerido pela confiança que importa depositar nas informações que veiculam, sem correr o risco de uma perspectiva envelhecida, enviesada, unilateral ou demasiado acanhada.

Graças a elas, resulta solidamente autorizada a convicção de que, não obstante os progressos conseguidos nos anos mais recentes, muito há ainda a fazer, para promover eficazmente o AM exclusivo e prolongado. Igualmente bem fundada é a conclusão de que esse esforço de promoção terá necessariamente de se realizar, em grande parte, através de acções de educação para a saúde. De resto, uma das constatações que os textos consultados trouxeram à luz e documentaram convincentemente foi a da inseparável ligação entre as ideias e as práticas referentes à saúde, à promoção da saúde e à educação para a saúde, ou mesmo, à educação em geral, sobretudo quando esta é percebida em toda a sua extensão e segundo o seu sentido mais genuíno, quer dizer, como humanização permanente.

Outro resultado produzido pela análise dos documentos, artigos e livros em que se plasma o conhecimento actual sobre o AM, os valores em que assenta e as expectativas que suscita, foi a explanação dos fundamentos da sua eleição como uma das grandes tarefas a serem realizadas pela humanidade no seu conjunto, como tão empenhadamente tem sido preconizado por instituições com a envergadura e o significado da OMS e da UNICEF. A explicitação dos propósitos contidos nessa meta fundamental resultou num pormenorizado inventário de objectivos educativos, que impõe necessariamente a criação de condições sociais e políticas para tomadas de decisão lúcidas, bem informadas e livres sobre a amamentação, condições que, de forma essencial e decisiva, não custará a aceitar que dependam da restituição, à maternidade, da dignidade, material e simbólica,

desgastada pelas transformações sociais, económicas, culturais e espirituais, desencadeadas, ou catalisadas, pela Revolução Industrial e pela urbanização.

Benefício igualmente obtido no acervo informativo que se tentou recensear foi, ainda, o da sistematização dos factores que condicionam, positivamente ou negativamente, a aceitação do AM pelas mulheres, e pelos homens, no agitado cenário de competição em que as suas vidas decorrem, que facilitam, ou dificultam a sua prática, numa palavra, os factores de que depende o sucesso do AM. Não é este um lugar oportuno para os repetir, mas é importante que, de novo, se chame a atenção para eles, pois a sua exposição concisa, mas ampla e, tanto quanto possível, clara e justificada, foi uma das ambições maiores deste trabalho, ao mesmo tempo em que se constituiu como um dos eixos fundamentais para preparar e introduzir a pesquisa empírica, sobre que se debruça esta Parte III da dissertação, agora em vias de se concluir.

Dos resultados da referida pesquisa empírica já se deu conta, no capítulo imediatamente anterior, pelo que seria repetitivo retomá-los. Anote-se somente que o tamanho da amostra estudada, espartilhado pelas condições temporais de que se dispunha e que, mesmo assim, obrigou a um labor prolongado por oito meses, ter-se-á revelado como a principal das limitações à consecução plena dos objectivos de investigação enunciados. Na verdade, tanto em consequência do número de mães que foi possível entrevistar, quanto pela homogeneidade de certos aspectos da amostra (dir-se-á, felizmente homogêneos, dado que a homogeneidade em causa foi, fundamentalmente, resultante das elevadas taxas de incidência e de prevalência do AM que se observaram), não foi possível esboçar qualquer resposta, para um número apreciável das questões que se tinham formulado.

Seja como for, recordando que um empreendimento investigativo, muitas vezes, vale mais pelos contributos que dá para salientar obstáculos e dificuldades, não totalmente antecipáveis, que se interpõem entre os problemas e as soluções procuradas, do que pelas respostas que disponibilize, justificar-se-á que se realcem um ou dois aspectos em que o ponto de chegada da pesquisa efectuada se afasta mais de convicções disseminadas no senso-comum ou até de explicações propostas na literatura académica.

É o caso, por exemplo, da verificação realizada, no que concerne à amostra estudada, de que o crescimento dos lactentes, pelo menos até aos quatro meses, não é, de modo algum, prejudicado pela amamentação.

É ainda o caso da curva de decrescimento da taxa de prevalência do AM que, tanto quanto se pôde ver nesta pesquisa, não tem qualquer acentuação especial do seu declive, nos primeiros quinze dias, ou durante todo o primeiro mês. Pelo contrário, as perdas ocorrem paulatinamente, sem descontinuidades, acelerações ou abrandamentos apreciáveis, e se algum momento diverge um pouco mais notoriamente da tendência quase constante, ao longo dos 4 meses posteriores ao nascimento, esse momento situa-se entre o 3º e o 4º meses, mais próximo deste do que daquele, o que deixa no ar a sugestão de que, pelos 3 meses e meio, muitas mães começam a antecipar aquilo que talvez se lhes afigure inevitável: a interrupção da amamentação, quando forem obrigadas a retomar o seu trabalho fora de casa.

Com alguma frequência, parece ser quase obrigatório que uma dissertação académica termine com uma lista de sugestões. Aqui, porém, isso não acontecerá, pois, as sugestões possíveis, ou já foram feitas, e por vezes mais autorizadas, ao longo do trabalho, ou são linearmente inferíveis do que tem sido insistentemente incentivado ou requerido pelas organizações internacionais empenhadas na superação das dificuldades e impasses que afectam este domínio, ou são puramente evidentes, como a de repetir, com alguns afinamentos metodológicos e práticos, o percurso que aqui se conclui.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Referências das obras citadas ou mencionadas no texto da dissertação

- Afonso, G. G. Q. (1998). *Educação para a saúde: promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças e manipulação de alimentos*. Braga: Departamento das Ciências Integradas e da Língua Materna. Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005). Introducción. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, XI-XVI.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005a). Conceptos, definiciones y historia de la lactancia. Nodrizas. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 1-13.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005b). Composición, propiedades y bioquímica de la leche humana. Principios inmediatos. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 53-63.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005c). Seguimiento de los bebés alimentados con leche materno en los centros de salud. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 105-119.
- Aguilar Cordero, M. J. (2005d). Lactancia materna de recién nacidos pretérmino. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 289-300.
- Aguilar Cordero, M. J. e Moyano Díez, A. e García Aguilar, R. (2005). Ictericia neonatal y lactancia materna. M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 338-51.
- Aguilar Cordero, M. J. e Villaverde Gutiérrez, C. (2005). Fisiología de la glándula mamaria. M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 38-52.
- Aguilar Cordero, M. J.; Gómez García, C. I. e Varga Gámez, P. (2005). Promoción de la lactancia materna. Ventajas y causas de abandono. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 157-67.
- Albuquerque, M., Oliveira, A., Cunha, A., e Oliveira, B. (1996). Aleitamento materno: A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento materno até aos 6 meses de vida. *Nascer e Crescer*, 5 (2), 107.
- Albuquerque, R. M. A. (2001). Aleitamento Materno: um Ato Ecológico. In J. D. Rego, *Aleitamento Materno*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 313-20.

- Almroth, S e Bidinger, P. (1990). No need for water supplementation for exclusively breastfed infants under hot and arid conditions. *Trans Royal Soc Med Hygiene*, 84, 602-4.
- Alte da Veiga, M. (2001). *Vida, violência e escola*. Braga: APPACDM.
- Alves, A. D., Lamy, S., e Henriques, G. et al. (1999). Aleitamento materno nos concelhos de Cascais, Amadora e Sintra: porquê o abandono precoce? *Saúde Infantil*, 21 (1), 43-50.
- Alves, A. M. N. e Almeida, M. D. V. (1992). Aleitamento materno: Breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 2 (4), 8-23.
- American Academy of Pediatrics (1982). The promotion of breastfeeding: Policy statement based on task force report. *Pediatrics*, 69, 654-61.
- American Academy of Pediatrics (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100 (6), 1035-41.
- American Academy of Pediatrics (2005). The promotion of breastfeeding: Policy statement based on task force report. *Pediatrics*, 115 (2), 496-506.
- Amorim, M. J. (2002). Amamentar – A opção natural. *Pais & Filhos*, 141, 38-41.
- Ananthakrishnan, S, Bhat, B. V., Puri, R. K. e Srinivasan, S. (1992). Loose stools in the early neonatal period. *Indian Pediatrics*, 29, 1005-1009.
- Applebaum, R. M. (1975). *Preparação para o aleitamento materno: Técnicas que contribuem para o seu sucesso*. Lisboa: Serviço de Educação Sanitária da Direcção Geral de Saúde.
- Applebaum, R. M. (1982). Preparação para o aleitamento materno: a preparação pré-natal. Parte 1. *Servir*, 30 (6), 321-26.
- Araújo, M.F.M. (2000). Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In Carvalho M. R. e Tamez R. N. *Amamentação, Bases Científicas para a Prática Profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1-10.
- Arena Ansótegui, J. (2004). Introducción. Recomendaciones actuales de la OMS y Unicef: los diez pasos, la IHAN, función especial de las maternidades. In Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, *Lactancia Materna: guía para profesionales*, Madrid: AEP, 171-74.
- Arora, S. et al. (2000). Major factors influencing breastfeeding rates : mother's perception of phather's attitude and milk supply. *Padiatrics*, 106 (5), e67.
- Ashraf, R. N., Jalil, F., Zaman S. et al. (1991). Breastfeeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Archives Disorders Child*, 66, 448-450.
- Atkinson, L. e Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias: tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aznar Serra, G., Roca Roca, J. e Esteban Bañó, R. (1997). La educación maternal : factor decisivo en la elección del tipo de lactancia. *Enfermería Integral* 1997 ; 42 : XXXII-XXXVI

- Badellou Vázquez, A. (2005). Lactancia materna y errores congénitos del metabolismo. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 363-75.
- Baghurst K. (1988). Infant feeding: public health perspectives. *The Medical Journal of Australia*, 148: 112-113.
- Ball, T. M. e Wright, A. L. (1990). Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*, 103, 870-876.
- Barron, S. P., Lane, H. W., Hannan, T. E. et al. (1988). Factors influencing duration of breast-feeding among low-income women. *J Am Diet Assoc*, 88 (12), 1557-1561.
- Batalha, L. M. C. (2004). Aleitamento materno na região do Baixo Mondego. *Revista Sinais Vitais*, 56, 19-22.
- Bee, D. E. (1991). Breast-feeding initiation in a triethnic population. *American Journal DC*, 145, 306-309.
- Benson, H. e Stark, M. (1998). *Medicina Espiritual*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Campus Cidade, 1998.
- Bernier, M. O., Plu-Bureau, G., Bossard, N. et al.. (2000). Amamentação e risco de cancro da mama: a meta-análisis dos estudos publicados. *Human Reproduction Update*, 6 (4), 374-386.
- Bernt, K. M. e Walker, W. A. (1999). Human milk as a carrier of biochemical messages. *Acta Pediatric (Supl)*, 430, 27-41.
- Bértolo, H. e Levy, L. (2002). *Manual do aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos do Bebê.
- Beverley, Z. (2000) Supporting the employed breastfeeding mother. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45, 216-26
- Bianchi, J. J. P. (1989). *Professores Primários do Distrito de Vila Real - um relatório descritivo*. Dissertação de mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Bianchi, J. J. P. (1998). *A Reforma Educativa no 1º Ciclo do Ensino Básico: uma aproximação à sua história e à sua receção*. Dissertação de doutoramento. Vila Real: UTAD.
- Bianchi, J. J. P. (2001). *A Educação e o Tempo - três ensaios sobre a História do Currículo Escolar*. Piracicaba, Brasil: Editora UNIMEP.
- Bianchi, J. J. P. (2002). *Métodos e Teoria de Investigação*. Vila Real: UTAD.
- Birch, E. et al. (1993). Breastfeeding and optimal visual development. *J Pediatr Ophtalmol Strabismus*, 3, 33-38.
- Birenbaum, E., Fuchs, C. e Reichman, B. (1989). Demographic factores influencing the initiation of breast-feeding in a Israel urban population. *Pediatrics*, 83, 519-523.
- Bisquerra, R. (1999). *Métodos de Investigación Educativa – Guia Prática*. Barcelona: CEAC.

- Blanco et al. (1999). Influencia de la educación sanitaria en la elección de la lactancia materna a puerperas, como mejor opción para la alimentación de sus hijos. *Enfermería Clínica*, 9 (5), 194-99.
- Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª edição. Loures: Luso-ciência.
- Brady, N. C. (1990). The commitment to breastfeeding. *Int J Gynecol Obstetr*, 31, 5-6.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brown, K. H., Black, R. e Romana, G. L. (1989). Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*, 83, 31-40.
- Bruch et al. (2001). Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès, Osuna (Barcelona). *Enfermería Clínica*, 11 (2), 45-50.
- Brun, J. G., Nilssen, S. e Kvåle, G. (1995). Breast-feeding, other reproductive factors and rheumatoid arthritis. A prospective study. *Rheumatology*, 34 (6), 542-46.
- Buñuel Álvarez, J. C e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Lactancia materna como prevención del síndrome de muerte súbita. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 434-43.
- Buss, P. M. (2004). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (org.) (2004) *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 15-38.
- Carvalho, A. et al. (1992). Aspectos práticos do aleitamento materno. *Saúde Infantil*, 14 (1), 23-30.
- Carvalho, M. C. A. et al., (1990). Aleitamento materno. Estudo da prevalência em seis distritos do continente. *Revista da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários*, 1-33.
- Carvalho, M. R. (2005). Amamentar es un acto ecológico. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 555-61.
- Cattaneo, A. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Epidemiologia da la lactancia materna. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 14-30.
- Centeno, M. (2005). Puerpério e lactação. In L. M. Graça, *Medicina materno-fetal. Volume I*. 3ª edição. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel, 327-32.
- Chandra, R. K. (1979). Prospective studies of effect of breast-feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 68, 691-694.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Chiarelli, F., Verrotti, A., Catino, M., Sabatino, G. e Pinelli, L. (1999). Hypoglycaemia in children with type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 88, 31-34.

- Chinebuah B, Pérez-Escamilla R. (2001). Unplanned Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-Feeding among Primiparous Women in Ghana. *J Nutr* 131:1247-49
- Christensson, K. et al. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 84, (5), 468-73.
- Citrinovitz, V. N. (2005). Capacitación de formadores en lactancia materna. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 562-80.
- Clausse, A (1971). A Idade Média. In Debesse e Mialaret, *Tratado das ciências pedagógicas*. São Paulo: CEN/EUSP, 81-186.
- Clausse, A. (1976). *A relatividade educativa. Esboço de uma história e de uma filosofia da escola*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Clavano, N. R. (1982). Mode of feeding and its effect on infant mortality and morbidity. *Journal of Tropical Pediatrics*, 28, 287-293.
- Clavero Salvador, P. A. (2005). Lactancia materna, sexo y anticonceptivos. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 513-23.
- Código de Ética de comercialização de substitutos do leite materno, biberões e tetinas. In J. S. Sousa, C. A. Carvalho, *Nutrição em pediatria*. Lisboa: DGS, 87-91.
- Comité de Nutrição da Sociedade Canadiana de Pediatria (1978). Breastfeeding. *Pediatrics*, 62 (4), 591-601.
- Conde Gutiérrez, F. (1997). Escenarios de futuro del VIH-Sida: de la enfermedad «acontecimiento» a la cronicidad difusa. Del estigma moral a las zonas más centrales de la vulnerabilidad social. *Revista Española de Salud Pública* 71 (1), 1-7.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. 2ª edição. Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordeiro, J. G. e Carvalho, M. C. (1990). *Alimentação da criança saudável, alguns aspectos*. Lisboa: DGCS.
- Cordeiro, M. (1990). *Programa de saúde infantil em Portugal: Temas de pediatria*. Lisboa: Edições Sandoz-Wander.
- Corrao, G. et al. (1998). Risk of inflammatory bowel disease attributable to smoking, oral contraception and breastfeeding in Italy: a nationwide case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 27 (3), 397-404.
- Costa, M. (1987). *Salud comunitária*. Barcelona: Ediciones Martinez Rocha.
- Costa, M. e López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Couto, A. J. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. *ESEAF - Referência*, 1, 5-9.
- Crema, R. (1988). *Introdução à Visão Holística*. São Paulo: Summus Editorial.

- Creyghton, M. L. (1992) Breast-feeding and Baraka in Northern Tunisia. In M. Maher , *The anthropology of breast-feeding. Natural law or social construct*. Oxford: Berg Publishers, 37-58.
- Cunningham, A. S. (1991). Role of the paediatrician in promoting breast-feeding (reply). *J Pediatr*, 119, 843-844.
- Cushing, A. et al (1998). Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. *American Journal of Epidemiology*, 147 (9), 863-70.
- Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (org.) (2004) *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Dalai-Lama (2003). *Ética para o novo milénio*. Editorial Presença .
- Damiens, M. (1990). *Como bem amamentar os seus filhos: Seio ou biberão?* Lisboa: Contexto Editora.
- Davies (1993) *O livro da amamentação*. Lisboa: Publicação Don Quixote.
- Decreto-Lei nº 70/2000. D. R. I Série. 103 (00-05-04) 1825-31.
- Delight e cols. (1991). What do parents expect antenatally and do babies teach them. *Arch Dis Child* 1991, 66.
- Departamento de Estatística e Planeamento da Saúde. (1996). *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996: Continente, dados gerais*. Lisboa: DEPS.
- Dewey, K. G., Heining M. J. e Nommsen-Rivers, J. A. (1995). Differences in morbidity between breast fed and formula fed infants. *Journal Pediatric*, 126, 696-702.
- Domellöf, M. , Lönnnerdal, B., Abrams, S. A. e Hernell, O. (2002). Iron absorption in breast-fed infants: effects of age, iron status, iron supplements, and complementary foods. *Am J Clin Nutr*, 76, 198-204.
- Dubois L. e Girard M. (2001). Social position and nutrition : A gradient relationship in Canada and the USA. *The European Journal of Clinical Nutrition* 55, 366-73.
- Duncan, B. et al. (1993) Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*, 91, 867-72.
- Erkkola, M. (2005). *Diet in early life and antibody responses to cow's milk and type 1 diabetes associated autoantigens*. Helsinki: National Public Health Institute, Helsinki, Finland and Tampere School of Public Health, University of Tampere.
- Esteves, A. (2005). Contacto. *Pais & Filhos*, 168, 27-30.
- Estévez González, M. D., Medina Santana, R. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Evidencias científicas de la eficiencia de los diez pasos para una lactancia materna exitosa. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 178-95.
- EU Project on Promotion of breastfeeding in Europe (2004). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment.

- Fagulha, A. et al. (2004). Controlo Glicémico e Tratamento da Diabetes Tipo 1 da Criança e Adolescente em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 173-179.
- FAO-OMS (1993) : Plano de acção para a nutrição. *Revista portuguesa de Nutrição*, V (1), 11-50.
- Feachen, R. G. e Koblinsky, M. A. (1984). Interventions for the control of diarrheal diseases among young children: Promotion of breast-feeding. *Bull WHO*, 62, 271-291.
- Feinstein, J. M. et al. (1986). Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics*, 78 (2), 210-15.
- Félix, T. (2000). *Aleitamento Materno – Curso de nutrição infantil*. Organizado pelo Centro de Formação Permanente em Enfermagem do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha.
- Ferguson, D. M. (1998). Breast-feeding and later cognitive development and academic outcomes. *Abstracts Pediatric*, 101 (1), 99.
- Fernandez Amores e Martín Santos. Promoción de la lactancia materna. Una experiencia de intervención comunitaria y coordinación entre niveles. *Index enfermaria*, 22, 200-225.
- Ferreaz de Lee, M. A. (1998). *Lactancia materna*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ferreira, N. C. (1993). Do aleitamento materno aos alimentos sólidos. *Pais*, (27), 12-13.
- Figueiredo, A. M. G. (2001). *Aleitamento Materno: uma questão de Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Fisher, J. O., Birch, L. L., Smicklas-Wright, H. e Picciano, M. F. (2000). Breastfeeding through the four years predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc*, 100 (64), 641-646.
- Fonseca, S. (1995). *Promoção do aleitamento materno. Estudo sobre a sua prevalência e duração no Concelho de Chaves*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto (trabalho não publicado).
- Fonseca, S. (1999). *Aleitamento materno numa população do Concelho de Chaves*. Dissertação de mestrado. Vila Real: UTAD.
- Fornarini, B., Iacobelli, S., Tinari, N., Natoli, C., De Martino, M. e Sabatino, G. (1999). Human milk 90K (Mac-2 BP): possible protective effects against acute respiratory infections. *Clinical And Experimental Immunology*, 115(1), 91-94.
- Foster G. e Anderson, B. (1978). *Medical anthropology*. New York: McGraw-Hill.
- Freed, G. L., Clark, S. J., Sorenson, J. et al. (1995). National assessment of physicians breast-feeding knowledge, attitudes, training en experience. *JAMA*, 273 (6), 472-476.
- Fryback, P. B. e Reinert, B. R. (1999). A espiritualidade e os doentes com diagnostico potencialmente fatal. *Servir* 47 (5), 239-248.
- Galvão, D. M. P. G. (2006). *Amamentação bem sucedida : Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.

- García Carrasco, J. (1987). *As Ciências da Educação. Pedagogos para quê?* Porto: Brasília Editora.
- García Hoz, V. (1970). *Princípios de Pedagogia Sistemática*. Porto: Livraria Civilização.
- Garrow, J. S., James, W. T. P. e Ralph, A. (2000). *Human nutrition and dietetics*. 10ª edição. Londres: Churchill Livingstone.
- Gebriel, Z. W. (1981). The breast-feeding situation in Ethiopia. In *Assignment children, breast-feeding and health*. Genève: UNICEF, 201-211.
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. e Rueda, R. (2002). *Interaction of early diet and the development of the immune system*. Nutrition Research Reviews, 15 (2), 263-292.
- Goldberg, N. M. e Adams, E. (1983). Supplementary water for breast-fed babies in a hot and dry climate-not really a necessity. *Arch Dis Child*, 58, 73-74.
- Gomes, A. (2005). Amamentar – alimento para corpo e alma. *Xis – Ideias para pensar*, 291, 22-23.
- Gomes, C. (2005). *Mães portuguesas interrompem amamentação muito cedo* [documento on-line]. Disponível: <http://www.aleitamento.org.br/maeportuguesa.htm>.
- Graça, L. M. (2005). *Medicina materno-fetal. Volume I*. 3ª edição. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel
- Graffard, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier*. 6-455.
- Greene, L. M. (1976). Determining the impact and effectiveness of health education as it is related to federal policy. *DHEW Contrac.*, 54, 74-75.
- Greiner, T. (1999). Factors associated with duration of breastfeeding way depend on the extent to witch mothers of young children are employed. *Acta Paediatric*, 88, 1311-1312.
- Greiner, T., Baumslag, N. e Winnikoff, B. (1990). Technical working group A report: Breast-feeding promotion and support in hospitals and maternity care institutions. *Int J Gynecol Obstet*, 31 (Suppl. 1), 139-140.
- Habitch, J. P., Da Vanzo, J. e Butz, W. P. (1986). Does breastfeeding really save lives, or are apparent due to biases? *Am J Epidemiol*, 123, 279-290.
- Hahn-Zoric et al. (1990). Antibody responses to parenteral and oral vaccines are impaired by conventional and low protein formulas as compared to breastfeeding. *Acta Paediatrica Scandinavica* 79, 1137-42
- Hamosh, M. e Salem, N. (1998). Long-chain polyinsaturated fatty acids. *Biol Neonate*, 74, 106-20.
- Helsing, E. (1990). Supporting breastfeeding: What governments and health workers can do-European experiences. *Int J Gynecol Obstet*, 31, 69-76.

- Henderson, A. C. et al. (1981). The future of the health education profession: implications and practice. *American Journal of Public Health*, 95 (6), 555-59.
- Henderson, L., Kitzinger, J. e Green, J. (2000). Representating infant feeding: content analysis of British media portrayal of bottle feeding and breast feeding. *British Medical Journal*, 321, 1196-98.
- Henschel, D. e Inch, S. (2000). *Breastfeeding: A guide for midwives*. Edinburgh: BFM.
- Hernan San Martín, F, P. V. (1988). *Salud comunitaria teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Hill, L. F. (1968). A salute to La Leche League International. *J. Pediatr*, 73, 161-162.
- Hitchcock, N. E. e Coy, J. F. (1988). Infant feeding practices in Western Australia and Tasmania: A joint survey, 1984-85. *The Medical Journal of Australia*, 148: 114-117.
- Hogan, R. e Martinez, J. (1990). Breastfeeding as an intervention within diarrheal diseases control programs: WHO/CDD activities. *Int J Gynecol Obstet*, 31, 115-119.
- Howi P. et al. (1990). Protective effect of breastfeeding against infection. *Bristish Medical Journal*, 300, 11-15.
- Hughes, R. (1996). Promoting breastfeeding in rural communities: Breast is best and bottle is a last resort. *The Australian Journal of Rural Health* 4(4), 242-47.
- Huttly, S., Victoria, C. G., Barros, F. C. e Vaughan, J. P. (1992). Birth spacing and child health in urban Brazilian children. *Pediatrics*, 89, 1049-1054.
- Illich, I. (1977). *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.
- Issler, H. (1983). Aleitamento materno: ansiedade vs. lactação. *Pediatria, São Paulo*, 18, (5), 98-99.
- Ivarsson, A., Hernell, O. , Stenlund, H. e Persson, LÅ. (2002). Breast-feeding protects against celiac disease. *Am J Clin Nutr*, 75, 914-21.
- Jacobson, S. W., Jacobson, J. L. e Freye, K. F. (1991). Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics*, 88, 728-736.
- Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais. Um tratamento conceitual*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária / Editora da Universidade de São Paulo.
- King, F. S. (1991). *Como ajudar as mães a amamentar*. Nairobi: Universidade Estadual de Londrina.
- Klauss e Kennel (1986). Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Medical Journal*, 293: 585-7.
- Koçturk, T. e Zetterstrom, R. (1988). Breast-feeding and its promotion. *Acta Paediatr*, 77, 183-190.
- Landers, M. C. G. e Boulton, T. J. C. (1994). *The Wyjeh Toowoornba Nutrition Study: The Effect of Dietary Fat on Energy and Nutrient Intake and Growth in Early Childhood*.

- Conference paper presented at the Australian Biennial Rural Health Conference, 11-13 August 1994, Toowoomba. Toowoomba: Darling Downs Health Authority, 77-83.
- Larrea, C. e Plana, M. (1993). Antropologia y educación para la salud. *Revista ROL de Enfermería*, 179/180, 65-69.
- Lawrence, R. (1999). *Lactancia maternal*. Madrid: Mosby.
- Lawrence, R. A. (1989). *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Lawrence, R. A. (1997). *A review of the medical benefits and contraindications to breast-feeding in the United States. Maternal and Child Health Technical Information Bulletin*. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Lawrence, R. A. e Howard, C. R. (1999). Given the benefits of breast-feeding: Are there any contraindications? *Clinical Perinatology*, 26, 479-490.
- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J. e Martin, L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Buenos Aires: Fundación LAC-MAT.
- Levy, A. A., Duarte, A. e Sousa, C. (1993). Inquérito sobre aleitamento materno. Distrito de Setúbal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 26, 177-183.
- Levy, L. (1994). A alimentação no primeiro ano de vida. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25, 119-120.
- Levy, L. (1996). *O sucesso do aleitamento materno: Contributo de uma intervenção clínica*. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Levy, L. et al. (1994). Atitudes e conhecimentos dos adolescentes face ao aleitamento materno. *Revista Portuguesa de Pediatria*, (25), 205-211.
- Limón Mendizabal, R. (2004). Factores que determinan el nivel de salud: Enfermedad en el mundo actual. In R. Perea Quesada, *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos, 49-80.
- Lothrop, H. (2000). *Tudo sobre amamentação*. São Paulo: Paulinas Editora.
- Lucas A. e cols. (1988). Factors associated with maternal choice to provide breast milk for low birthweight children. *Lancet*, 63, 48-52.
- Lucas, A. e Cole, T. J. (1990). Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet*, 336, 519-52.
- Lund-Adams, M. e Heywood L. (1993). Breastfeeding rates in Australia: Are we on target? *XV International Congress of Nutrition, Abstracts 1993. Book 2*. Adelaide: Smith Gordon, 846.
- Macias, G. L. (1981). A women's movement in Nicaragua, an advocate of breast-feeding. In *Assignment children, breast-feeding and health*. Genève: UNICEF, 117-38
- Maia, O. (2005). Promoção do aleitamento materno entre as mães adolescentes. *Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem, Ano XI (34)*, 39-47

- Manzanares, L., Sanz, M. T. e López, L. G. (1997). Lactancia materna. *Revista Rol de Enfermería*, 20 (227-228), 79-82.
- Martens, P. J. (2000). Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative Compliance? The experience of a small, Rural Canadian Hospital. *J Hum Lact*, 16 (4), 309-318.
- Martins, A. G. e Moleiro, A. (1994). *Amor de mãe amor de pai*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres e Direcção Geral da Família.
- Matarazzo J. D. (1980). Behaviorat healths challenge to academia , scientific and professional psychology. *Am Psychol*. 35, 807-817.
- McCann, M. e Liskin, L. (1987). *La lactancia maternal, la fecundidad y la planificación familiar*. Population Reports, Série J, nº 24. Baltimore: The John Hopkins University.
- Medina Santana, R., Estévez González, M. D. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Técnicas de lactancia materna. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 120-134.
- Michaelsen, K. F., Larsen, P. S., Thompson, B. L. e Samuelson, G. (1994). The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: Duration of breastfeeding and influencing factors. *Acta Paediatr*, 83, 565-71.
- Minchin M. (1992). *Breastfeeding: Advantages for developed nations*. Melbourne: ALMA Publications.
- Ministério da Saúde. (1998). *As recomendações da Conferência de Adelaide – Políticas favoráveis à saúde*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Ministério da Saúde. (1999). *Saúde um compromisso: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde. (2002). *A saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2000). *Inquérito nacional de saúde 1998/1999*. Lisboa: INSA.
- Montgomery, K. S. (1999). Implementing breastfeeding education in the academic setting. *J Human Lact*, 15 (2), 145-147.
- Nader, S. S., Pereira, D. N., Iogni, C. et al. (2005). *Conhecimento de adultos de uma unidade básica de saude sobre vantagens, qualidade e técnica de aleitamento e motivação para amamentar* [documento on-line]. Disponível em: <http://db.doyma.es/cgibin/wdgabi.exe/douma/mrevista.fulltext?pident=13075174>.
- Nakajima, H. e Grant, J. P. (1990). Appendix 3: Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statemen. *Int J Gynecol Obstet*, 31 (Suppl. 1), 171-183.
- Nascimento, M. B. R. et al. (2003). Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 58(1), 49-60.

- National Health & Medical Research Council (1992). *Dietary Guidelines for Australians*. Canberra: AGPS.
- Navarro, F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques e T. Lacerda (orgs.), *Educação para a saúde*. Braga: Departamento de Metodologia da Educação da Universidade do Minho, 13-27.
- Nelson, A. M. (2006). Metasynthesis of Qualitative Breastfeeding Studies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51 (2), 13-20.
- Nelson, W. E., Kliegman, R. M. e Ardin, A. M. (1997). *Tratado de pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neto Alves, A. M. e Almeida, M. D. V. (1992). Alimentação materna. Breve perspectiva histórica. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 4 (2), 8-33.
- Northrup, C. (2004). *Corpo de mulher sabedoria de mulher*. 3ª edição. Porto: Sinais de Fogo.
- Nutbeam, D. et al.(1993). *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 & Beyond*. Canberra: AGPS.
- Okolo, S. N., Adewunmi, Y. B. e Okonjic, M. C. (1999). Current breastfeeding knowledge, attitude and practices of mothers on five rural communities in the Savannah Region of Nigéria. *Journal of Tropical Pediatrics*, 45, 323-326.
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde – Declaração de Alma-Ata*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- OMS (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde.
- OMS (1987). La Carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: La promoción de la salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Salud*, 103 (1), 16-21.
- OMS (1989). Prevalence and duration of breastfeeding: Updated information, 1980-1989. *Wkly Epidemiological Rec.*, 42, 321-323.
- OMS (1989). *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF*. Genève: WHO.
- OMS (1997). *The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century*. [documento on-line]. Disponível em: <http://www.ho.hpr/docsjakarta/englisg.htm>.
- OMS (2002). *Nutrition: World declaration and plan of action for nutrition*. International conference on nutrition. [documento on-line]. Disponível: <http://www.who.int/nut/publications.htm#pol>.
- OMS/UNICEF (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural*. Genève, 39 -53

- OMS/UNICEF (1989). *Protecting and supporting breastfeeding The special role of maternity services*. Geneve: A joint WHO/UNICEF Statement.
- OMS/UNICEF (1992). *Baby Friendly Initiative Hospital Level Implementation, WHO/UNICAF Guidelines*. New York: WHO and UNICEF.
- Orden Hoz, A. (coord.) (1985). *Investigación Educativa*. Madrid: Anaya.
- Palmer N. (1985). Breast-feeding: The Australian situation. *Journal of Food and Nutrition* 42: 13-18.
- Parlato, M. B. (1990). The use of mass media to promote breastfeeding. *Int J Gynecol Obstet*, 31, 105-110.
- Perea Quesada, R. (2005). Qué es la educación para la salud. In R. Perea Quesada, *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos. 13-20.
- Pereira, M. A. (2000). *Mãe adolescente – Aleitamento materno. Uma amostra de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Pérez Escamilha, R., Pollitt, E., Lonnerdal, B. e Dewey, K. J. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success : An analytical overview. *Am J Public Health*, 84, 89-97.
- Pérez-Escamilla R. (2001). *Development and epidemiology of child feeding indicators in Ghana and Honduras: Surveillance and Program Evaluation applications*. Arlington VA: BASICS.
- Pérez-Escamilla, R. e Dewey, K.G. (1992). The epidemiology of breastfeeding in Mexico: Urban vs rural areas. *Bull Pan Am Hlth Org* 26(1):30-36.
- Persson, LÅ, Ivarsson, A., Hernell, O . (2002). Breast-feeding protects against celiac disease in childhood-epidemiological evidence. *Adv Exp Med Biol*, 503, 115-23.
- Picciano, M. F. (1998). Human milk: nutritional aspects of dynamic food. *Biol Neonate*, 74, 84-93.
- Piedrola Gil, (1994). *Medicina preventiva y salud publica*. 9ª edição. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Ponsell Vicens, M. E. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). VIH y sida. Lactancia materna. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 386-95.
- Popkin, B. M., Adair, L., Akin, J. S., Black, R., Briscoe, J. e Flieger, W. (1990). Breastfeeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 86, 874-882.
- Pratte- Marchessault, Y. (1977). *Seio ou biberão*. Mira Sintra: Europa-América.
- Presa, C. L. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Diabetes materna. Hipoglucemia del neonato. Lactancia. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 396-408.
- Rea, M. F. (1990). The brazilian national breastfeeding program: A success story. *Int J Gynecol Obstet*, 31, 79-82.

- Reis Morais (2005). Comunicação pessoal (manuscrita), em Janeiro de 2005.
- Renfrew, M.J., Lang, S. e Woolridge, M. W. (2000). Early versus delayed. initiation of breast-feeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2), CD000043
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Richard, L. e Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336, 1105-07.
- Riordan, J. (1998). The biologic specificity of breastmilk. In Riordan, J. e Auerbach, K. G., *Breastfeeding and human lactation*. 2ª Edição. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 121-61.
- Rizo Baeza, M. M. (2005). Lactancia materna y familia. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 168-77.
- Rocha, L. M. e Gomes, A. (1998). Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil*, 20 (3), 59-66.
- Rochón, J. (1996). Panorámica mundial de la salud. In *Documentos de un debate: Aprender para un futuro: Educación para la salud*. Madrid: Fundación Santillana.
- Rodrigues, C., Martín, E. e Muñoz, R. (1998). Lactancia materna: Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. *Revista Rol de Enfermería*, 21 (234), 61.
- Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, V. M. C. P. (2004). *Hábitos de Saúde e Comportamentos de Risco em Estudantes do Ensino Básico/Secundário*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Romagosa Albacar, C. et al. (2003). Lactancia materna: condicionantes. *Revista Rol de Enfermería*, 26(5), 405-08.
- Rosenblatt, J. S. (1994). Psychobiology of maternal behaviour: Contribution to clinical understand of maternal behaviour among humans. *Acta Pediátrica*, 397 (Supl.), 3-8.
- Rosenblatt, K. A., Thomas, D. B. (1993). WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol*, 22, 192-197.
- Rothman, A. I. e Byrne, N. (1981). Health education for children and adolescent. *Review Education Research*, 51, 85-100.
- Royal College of Midwives (1994). *Lactancia materno: Manual para profesionales*. Barcelona: Asociación Catalana Pro Alletament Matern.
- Ruíz Ferrón, C., Romero Martínez, J., Barberá Rubini, N. e Arnedillo Sánchez, M. S. (2003). Promocionando la lactancia materna. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (7-8), 514-22.
- Ryan, A. S., Rush, D., Krieger, F. W. et al. (1991). Recent declines in breast-feeding in the United States. *Pediatrics*, 88, 719-727.

- Saadeh, R. e Akaré, J. (1996). Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationales and scientific evidence. *Birth*, 23, 154-160.
- Salariya, E. M, Easton, P. M. e Carter, J. I. (1978). Duration on breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, 2, 1141-1143.
- Salleras Sanmartín, L. (1990). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santos, D. (1982). Fundamentação Existencial da Pedagogia. In *Obras Completas. Volume II*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 427-99.
- Santos, N. T., Azevedo, J. M., Guerra, A. J. et al. (1988). Amamentação no 1º ano de vida. Estudo retrospectivo de uma população infantil dos 0 aos 59 meses de idade. *Arquivos de Medicina*, 2, 56-61.
- Sanvisens, A. (coord.) (1984). *Introducción a la pedagogía*. Barcelona. Barcanova.
- Savater, F. (1997). *O valor de educar*. Lisboa Editorial Presença.
- Schneider, A. P. (1987). Risk factor for ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*.
- Schüller, A. (1997). Prólogo. In M. I. Serrano Gonzalez (coord.), *La educación para la salud en el siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Scott, J. A., Binns, C. W. e Aroni, R. (1997). Fathers' influence on the decision to breast-feed. *J Paediatrics & Child Health*, 33, 305-07
- Sears, M. e Sears, W. (2000). *The Breastfeeding Book: Everything You Need to Know About Nursing Your Child from Birth Through Weaning*. Boston: Little, Brown and Company, 2000.
- Serrano González, M. I. (2002). Los grandes câmbios sociosanitarios del siglo XXI. In M. I Serrano González (coord.), *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. 2ª edição. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano, C. (1989). *A enfermagem em pediatria e puericultura*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Serrano, C. (1997). O aleitamento: diferentes caminhos para o mesmo fim. *Informar*, 2 (8), 15-20.
- Short R. (1997). *Amamentação, fertilidade e crescimento populacional*. São Paulo: UNI-CEF/IBFAN.
- Siltanen, M., Kajosaari, M., Poussa, T., Saarinen, K. M. e Savilahti, E. (2003). A dual long-term effect of breastfeeding on atopy in relation to heredity in children at 4 years of age. *Allergy*, 58(6), 524-30.
- Silva, D. V. e Fonseca, S. (1997). *Aleitamento materno: Uma alimentação ecológica e inteligente*. Porto: Norberto Teixeira Santos.
- Sousa, J. S. e Carvalho, C. A. (1983). *Nutrição em pediatria: Informação básica*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Spieler, J., Aumack, K. e Nathusius, D. (1990). Technical working group C report: Breastfeeding promotion in health and health-related programs. *Int J Gynecol Obstet*, 31 (Suppl. 1), 145-46.
- Springer, S. et al., (1997). *From infant nurse to "Baby-Friendly Hospital": Promotion of breast feeding in the university women's hospital in Leipzig*. Zentralbl.-Gynakol, 119 (Suppl.1), 41-46.
- Susin, L. R., Giugliani, E. R., Kummer, S. C. et al. (1999). Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth*, 26 (3), 149-156.
- Syme, L. (1991). La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: La necesidad de una epidemiología más relevante. *Anthropos*, 118, 39-51.
- Ungerer, R. L. S. e Miranda, A. T. C. (1999). História do alojamento conjunto. *J Pediatr (R.J.)*, 75(1), 5-10.
- UNICEF (2004). *Health benefits of breastfeeding*. UNICEF UK Baby Friendly Initiative [documento on-line]. Disponível em: <http://www.babyfriendly.org.uk/health.asp>.
- Valero, J. M. (1992). Lactancia materna: Epidemiología, promoción y técnica. *Pediatría*, 2, 9-16.
- Van Beek, R. H. T., Carnielli, V. P. e Sauer, P. J. J. (1995). Nutrition in the neonate. *Curr Opin Pediatr*, 7, 146-151.
- Velasco Juez, M. C. e Aguilar Cordero, M. J. (2005). Instauración y fomento prenatal de la lactancia materna. In M. J. Aguilar Cordero, *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier, 90-104.
- Venancio, S. I. (2003). Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: O papel das
- Venancio, S. I. e Monteiro, C. A. (1998). A evolução da prática da amamentação nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiologia*, 1(1), 40-9
- Vestergaard, M., Obel, C., Henriksen, T. B., Sorensen, H. T., Skajaa, E. e Ostergaard, J. (1999). Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy. *Acta Paediatrica* 88, 1327-32.
- Victoria, B. et al. (1994). Risk factors for pneumonia among children in a brazilian metropolitan area. *Pediatrics*, 93P, 977-85.
- Victoria, C. G., Huttly, S. R. A., Barros, F. C. e Vaughan, J. P. (1992). Breast feeding duration in consecutive offspring: A prospective study from southern Brazil. *Acta Pediatr*, 81, 12-14.
- Victoria, C. G., Tomasi, E., Olinto, M. T. A. e Barros, F. C. (1993). Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 341, 404-406.
- Vinagre, R. D., Diniz, E. M. A. e Vaz, F. A. C. (2001). Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatrics (São Paulo)*, 23 (4), 340-5.
- Vinther, T. e Hesing, E. (1997). *Breastfeeding how to support success. A guide for health workers*. Copenhagen: WHO, Regional Office Europe.

- Virtanen, S. M. et al. (1994). Diet cow's milk protein antibodies and the risk of IDDM in Finnish children. Childhood Diabetes in Finland study Group. *Diabetologia*, 37 (4), 381-387.
- Virtanen, S. M. et al. (1998). Cow's milk consumption, disease associated autoantibodies and Type 1 diabetes mellitus: a follow-up study in siblings of diabetic children. *Diabetic Med.*, 15, 730-38.
- Visness, C. M. e Kennedy, K. I. (1997). Maternal employment and breast-feeding: Findings from the National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health*, 87 (6), 945-950.
- Vogel, A., Hutchison, B. L. e Michel, E. A. (1999). Factors associated with duration of breast-feeding. *Acta Paediatric*, 88, 1320-1326.
- WABA (1997). *World Breastfeeding Week. Action folder online 1997. Breastfeeding: Nature's Way*, [documento on-line]. Disponible: <http://www.waba.org.my/wbw/wbw97/afonline.htm>.
- WABA (1998). Quezón City Declaration, [documento on-line]. Disponible: <http://www.waba.org.my/womenwork/planacti.htm>.
- Wetton, (1990). *Modificación de la percepción del tabaquismo por parte de los niños*. Conferencia Europea de Educación para la Salud de la Comunidad Europea, Dublin.
- Wight, N. E. (2001). Management of common breastfeeding issues. *Pediat Clin Noeth AMER*, 48 (2), 321-344.
- Wright, A., Rice, S. e Wells, S. (1996). Changing hospital practices to increase the duration of breast feeding. *Pediatrics*, 97, 669-675.
- Yaque M.Castillo E,Macias .Cambios en los factores relacionados con el inicio y seguimiento de la lactancia materna en nuestro medio. *Enfermería científica*, 232-233, 67-72.
- Yoshitada, Y. e Itsuro, Y. (1990). The relationship between rooming in/not rooming in and breast-feeding variables. *Acta pediatric Scand*, 79: 1017-22.
- Zoysa, I, Rea, M. e Martinez, J. (1991). Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health Policy and Planning*, 6, 371-380.

ANEXOS

GUIÕES DAS ENTREVISTAS

(folhas de registo de dados)

1º MOMENTO

I – Características da mãe

1. Nome: _____

2. Idade: anos

3. Idade do pai do recém-nascido: anos

5. Profissão do pai do recém-nascido: _____

4. Estado civil:

Solteira ☐ (1)

Casada ☐ (2)

Divorciada..... ☐ (3)

União de facto ☐ (4)

Outro..... ☐ (5) Qual?

6. Número de filhos: filhos

7. Ordem de nascimento do recém-nascido:

1º filho..... ☐ (1)

2º filho..... ☐ (2)

3º filho..... ☐ (3)

4º filho ou acima disso..... ☐ (3)

8. Onde vive? _____

9. Com quem coabita? _____

10. Contacto:

10.1 Endereço: _____

10.2 Telefone(s): _____

10.3 Melhor altura para ser contactada: _____

11. Índice de Graffard

11.1 Profissão:

- Directoras de bancos, directoras técnicas de empresas, licenciadas, engenheiras, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente ☐ (1)
- Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectoras de bancos, peritas, técnicas e comerciantes ☐ (2)
- Ajudantes técnicas, desenhadoras, caixeiras, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregadas, capatazes e mestres-de-obras ☐ (3)
- Motoristas, polícias, cozinheiras, etc. (operárias especializadas) ☐ (4)

- Jornaleiras, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc. (trabalhadoras manuais ou operárias não especializadas)..... ☐ (5)

11.2 Nível de instrução:

- Ensino universitário ou equivalente (+ de 12 anos de estudo)..... ☐ (1)
- Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)..... ☐ (2)
- Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo)..... ☐ (3)
- Ensino primário completo (6 anos de estudo) ☐ (4)
- Ensino primário incompleto ou nulo..... ☐ (5)

11.3 Fontes de rendimento familiar:

- A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida..... ☐ (1)
- Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc..... ☐ (2)
- Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo – Tipo funcionário . ☐ (3)
- Os rendimentos resultam de salários; ou seja, remuneração por semana, por jorna, por horas à tarefa ☐ (4)
- O indivíduo ou família são sustentados pela beneficiência pública ou privada. Não se incluem neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho..... ☐ (5)

11.4 Conforto do alojamento:

- Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto ☐ (1)
- Categoria intermédia: casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como as da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis..... ☐ (2)
- Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho ☐ (3)
- Categoria intermédia entre 3 a 5 ☐ (4)
- Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade ☐ (5)

11.5 Aspecto do bairro habitado:

- Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados..... ☐ (1)
- Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas ☐ (2)
- Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável ☐ (3)
- Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. ☐ (4)
- Bairros de lata..... ☐ (5)

11.6 Pontuação final: ☐☐ pontos

II – Gravidez e parto**12. Esta gravidez foi:**

	Sim	Não
Planeada.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
Desejada.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

13. Vigilância da gravidez:Sim..... ☐ (1) Desde o ☐ ° mês da gravidezNão ☐ (2) Porquê? _____**14. Onde foi feita a vigilância:**Centro de saúde ☐ (1)Médico particular ☐ (2)Hospital..... ☐ (3)**15. Quantas vezes foi à consulta:** ☐☐ vezes**16. A gravidez decorreu:**Sem problemas..... ☐ (1)Com problemas ☐ (2) Quais? _____**17. Idade gestacional:** ☐☐ semanas**18. Gravidez:**Simples ☐ (1)Gemelar ☐ (2)Trigemelar..... ☐ (3)**19. Data do parto:**..... ____ / ____ / 2004**20. Onde decorreu o parto?**Em casa, sem assistência qualificada ☐ (1)Em casa, com assistência qualificada ☐ (2)Hospital/maternidade..... ☐ (3) Quanto tempo ficou internada? ☐☐ diasOutro local ☐ (4) Onde? _____**21. Tipo de parto:**Eutócico ☐ (1)Cesariana ☐ (2)Fórceps..... ☐ (3)Ventosa..... ☐ (4)

III – Avaliação do Recém-Nascido

22. Sexo:

Masculino..... ☐ (1) Feminino..... ☐ (2)

23. Índice de Apgar:

1º minuto..... ☐☐ (1) 5º minuto ☐☐ (2)

24. Dados antropométricos ao nascer:

Peso..... ☐☐☐☐ g

Estatura ☐☐ cm

Perímetro cefálico..... ☐☐ cm

25. Patologia ao nascer?

Sim..... ☐ (1) Qual? _____

Não ☐ (2)

26. O bebé permaneceu no seu quarto?

Sim..... ☐ (1)

Não ☐ (2) Porquê? _____

27. Internamento no Serviço de Neonatologia?

Sim..... ☐ (1) Por que motivo? _____

Não ☐ (2)

27.1 Se sim, quanto durou o internamento? ☐☐ dias

28. Durante o internamento acompanhou o seu filho para proceder ao aleitamento materno?

Sim..... ☐ (1)

Não ☐ (2) Porquê? _____

29. Durante o internamento qual a alimentação que foi dada ao recém-nascido?

Leite materno..... ☐ (1)

Leite artificial..... ☐ (2)

Leite materno+ leite artificial..... ☐ (3)

30. No caso de ter sido efectuada alimentação artificial, qual a razão? _____

IV – Aleitamento

31. Se já teve outro(s) filho(s), procedeu ao aleitamento materno?

Sim..... ☐ (1) Porquê? _____

Não ☐ (2) Porquê? _____

31.1 Se sim, quando decidiu amamentar?

Antes da gravidez ... ☐ (1)

Durante a gravidez.. ☐ (2)

Após o parto..... ☐ (3)

31.2 Se sim, a decisão de amamentar foi tomada:

Por iniciativa própria..... ☐ (1)

A conselho do médico/enfermeiro..... ☐ (2)

Por opinião do pai do seu filho..... ☐ (3)

Por conselho de outros ☐ (4) De quem? _____

32. A propósito da gravidez agora concluída, alguma vez recebeu informação sobre o aleitamento materno?

Sim..... ☐ (1) Não..... ☐ (2)

32.1 Se sim, quando?

Antes da gravidez ☐ (1)

Durante a gravidez..... ☐ (2)

Durante o internamento ☐ (3)

32.2 Se sim, através de:

Jornais/revistas ☐ (1)

Rádio/televisão..... ☐ (2)

Centro de Saúde ☐ (3)

Médico..... ☐ (4)

Enfermeiro..... ☐ (5)

Hospital (internamento)..... ☐ (6)

Médico..... ☐ (7)

Enfermeiro..... ☐ (8)

Escola ☐ (9)

Familiares..... ☐ (10)

Outros meios..... ☐ (11) Quais? _____

32.3 Se sim, quais os assuntos que foram abordados:Vantagens do aleitamento materno ☐ (1)Técnica de amamentação ☐ (2)Contra-indicações do aleitamento materno ... ☐ (3)Legislação que protege a amamentação ☐ (4)**32.4** Se sim, na sua opinião a informação que recebeu foi:Nada esclarecedora ☐ (1)Pouco esclarecedora ☐ (2)Esclarecedora ☐ (3)Bastante esclarecedora ☐ (4)Muito esclarecedora ☐ (5)**33.** Acha importante receber mais informação acerca do aleitamento materno?Sim ☐ (1) Não ☐ (2)**34.** Durante o internamento no Serviço de Obstetrícia recebeu apoio para amamentar?Sim ☐ (1) Não ☐ (2)**34.1** Se sim, de quem recebeu mais apoio?Médico (obstetra) ☐ (1)Médico (pediatra) ☐ (2)Enfermeiro ☐ (3)Auxiliar de acção médica/outro ☐ (4)**35.** Após o parto, quando teve contacto mais íntimo com o seu filho?Na sala de partos ☐ (1)Nas primeiras 3 horas a seguir ao parto.. ☐ (2)Nas primeiras 24 horas ☐ (3)**35.1** Se este contacto ocorreu após as 24 horas, qual foi o motivo? __________
_____**36.** Quando foi adaptado o seu filho ao seio materno pela primeira vez?Na 1ª hora de vida ☐ (1)Até à 3ª hora de vida ☐ (2) Porquê? __________
_____Depois da 3ª hora de vida ☐ (3) Porquê? __________

37. Quanto às primeiras experiências de amamentar, como as refere?Nada gratificantes ☐ (1)Pouco gratificantes ☐ (2)Gratificantes..... ☐ (3)Bastante gratificantes ☐ (4)Muito gratificantes..... ☐ (5)**38. Como descreve o comportamento do seu filho durante as primeiras amamentações ao seio materno?**

	Sim	Não
Activo	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)

Colaborante	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
-------------------	------------------------------	------------------------------

Tranquilo.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
----------------	------------------------------	------------------------------

Irritável	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
-----------------	------------------------------	------------------------------

Sonolento.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
----------------	------------------------------	------------------------------

Indisposto	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)
------------------	------------------------------	------------------------------

39. Pensa continuar a amamentar o seu filho recém-nascido?Sim..... ☐ (1) Porquê? _____Não ☐ (2) Porquê? _____**39.1 Se sim, durante quanto tempo? ☐☐ meses****39.2 Se sim, quando decidiu amamentar?**Antes da gravidez ... ☐ (1)Durante a gravidez.. ☐ (2)Após o parto..... ☐ (3)**39.3 Se sim, a decisão de amamentar foi tomada:**Por iniciativa própria..... ☐ (1)A conselho do médico/enfermeiro..... ☐ (2)Por opinião do pai do seu filho..... ☐ (3)Por conselho de outros ☐ (4) De quem? _____**40. Pensa que a amamentação pode dificultar o seu dia-a-dia?**Sim..... ☐ (1) Porquê? _____Não ☐ (2)

41. Pensa que a amamentação pode afectar a sua saúde?Sim..... ☐ (1) Porquê? __________
_____Não ☐ (2)**42. Pensa que a amamentação pode afectar o seu corpo esteticamente?**Sim..... ☐ (1) Porquê? __________
_____Não ☐ (2)**43. Pensa que a amamentação pode afectar a sua vida sexual?**Sim..... ☐ (1) Porquê? __________
_____Não ☐ (2)**44. Como avalia a experiência que viveu durante a gravidez?**Foi muito penosa ou desagradável..... ☐ (1)Foi bastante penosa ou desagradável..... ☐ (2)Custou um pouco, mas aguentei bem ☐ (3)Não custou muito, valeu a pena ☐ (4)Foi globalmente agradável e gratificante. ☐ (5)**45. Deseja ter mais filhos?**Sim..... ☐ (1) Porquê? __________
_____Não ☐ (2) Porquê? __________

2º MOMENTO

V – Avaliação do Aleitamento Materno 4 meses após o Parto

46. Dados antropométricos

46.1 Peso ao nascer: _____ grs.

46.2 Estatura: _____ cm

46.3 Perímetro cefálico: _____ cm

47. O seu filho tem sido saudável?

Sim ☐ (1)

Não..... ☐ (2) Quais os problemas? _____

48. Faz aleitamento materno?

Sim ☐ (1)

Não ☐ (2)

48.1 Se não, desde quando deixou de amamentar?

Meses _____ ou Dias _____

49. Deixou de amamentar porquê?

50. Quais as razões porque continua a amamentar o seu filho?

51. Teve apoio na prática do aleitamento materno em casa?

Sim ☐ (1)

Não ☐ (2)

51.1 Se sim, qual a(s) pessoa(s) que mais tem colaborado?

Marido/companheiro..... ☐ (1)

Avós..... ☐ (2)

Mãe..... ☐ (3)

Outro..... ☐ (4) Qual? _____

52. Nas consultas de vigilância de Saúde Infantil tem sido reforçado os temas/assuntos relacionados com a prática do aleitamento materno?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2)

53. Gostaria de receber mais informações/formação acerca da prática do aleitamento materno?

Sim ☐ (1) Porquê? _____

Não..... ☐ (2) Porquê? _____

DADOS RESULTANTES DAS ENTREVISTAS

IdMãe.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
17	1	1	0,58%	0,58%
18	4	5	2,31%	2,89%
19	5	10	2,89%	5,78%
20	9	19	5,20%	10,98%
21	8	27	4,62%	15,61%
22	8	35	4,62%	20,23%
23	13	48	7,51%	27,75%
24	10	58	5,78%	33,53%
25	9	67	5,20%	38,73%
26	9	76	5,20%	43,93%
27	8	84	4,62%	48,55%
28	12	96	6,94%	55,49%
29	8	104	4,62%	60,12%
30	13	117	7,51%	67,63%
31	12	129	6,94%	74,57%
32	13	142	7,51%	82,08%
33	10	152	5,78%	87,86%
34	5	157	2,89%	90,75%
35	2	159	1,16%	91,91%
36	7	166	4,05%	95,95%
37	4	170	2,31%	98,27%
39	1	171	0,58%	98,84%
40	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

IdMãe.2.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
G2-Média	94	94	54,34%	54,34%
G3-Alta	44	138	25,43%	79,77%
G1-Baixa	35	173	20,23%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

IdPai.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
20	4	4	2,31%	2,31%
21	4	8	2,31%	4,62%
22	8	16	4,62%	9,25%
23	3	19	1,73%	10,98%
24	7	26	4,05%	15,03%
25	8	34	4,62%	19,65%
26	4	38	2,31%	21,97%
27	7	45	4,05%	26,01%
28	10	55	5,78%	31,79%
29	10	65	5,78%	37,57%
30	23	88	13,29%	50,87%
31	13	101	7,51%	58,38%
32	11	112	6,36%	64,74%
33	3	115	1,73%	66,47%
34	10	125	5,78%	72,25%
35	10	135	5,78%	78,03%

36	5	140	2,89%	80,92%
37	5	145	2,89%	83,82%
38	6	151	3,47%	87,28%
39	3	154	1,73%	89,02%
40	4	158	2,31%	91,33%
41	2	160	1,16%	92,49%
42	3	163	1,73%	94,22%
43	1	164	0,58%	94,80%
44	2	166	1,16%	95,95%
45	2	168	1,16%	97,11%
46	2	170	1,16%	98,27%
49	1	171	0,58%	98,84%
54	1	172	0,58%	99,42%
60	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

IdPai.3.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
G2-Média	87	87	50,29%	50,29%
G3-Alta	48	135	27,75%	78,03%
G1-Baixa	38	173	21,97%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

ProfPai.4

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	17	17	9,83%	9,83%
2	17	34	9,83%	19,65%
3	24	58	13,87%	33,53%
4	67	125	38,73%	72,25%
5	47	172	27,17%	99,42%
Estudante	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Ecivil.5

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
C	138	138	79,77%	79,77%
S	15	153	8,67%	88,44%
UF	17	170	9,83%	98,27%
D	3	173	1,73%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Casada.5.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	138	138	79,77%	79,77%
Não	35	173	20,23%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

N°Filhos.6

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	98	98	56,65%	56,65%
2	54	152	31,21%	87,86%

3	17	169	9,83%	97,69%
4	1	170	0,58%	98,27%
5	1	171	0,58%	98,84%
7	1	172	0,58%	99,42%
8	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

NºFilhos.6.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	98	98	56,65%	56,65%
2 ou mais	75	173	43,35%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

OndeVive.8

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Rural	75	75	43,35%	43,35%
Urbano	97	172	56,07%	99,42%
Nómada	1	1	0,58%	0,58%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Coabita.9

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
M	121	121	69,94%	69,94%
C	27	148	15,61%	85,55%
MP	17	165	9,83%	95,38%
P	6	171	3,47%	98,84%
F	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Marido.9.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	138	138	79,77%	79,77%
Não	35	173	20,23%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Prof.11.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	30	30	17,34%	17,34%
2	18	48	10,40%	27,75%
3	21	69	12,14%	39,88%
4	26	95	15,03%	54,91%
5	78	173	45,09%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Profissão.11.1.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Baixa/Sem profissão	78	78	45,09%	45,09%
Média	21	99	12,14%	57,23%
Alta	74	173	42,77%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Instr.11.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	39	39	22,54%	22,54%
2	28	67	16,18%	38,73%
3	32	99	18,50%	57,23%
4	65	164	37,57%	94,80%
5	9	173	5,20%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

NInst.11.2.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Baixo	74	74	42,77%	42,77%
Alto	39	113	22,54%	65,32%
Médio	60	173	34,68%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Rend.11.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	1	1	0,58%	0,58%
2	10	11	5,78%	6,36%
3	122	133	70,52%	76,88%
4	31	164	17,92%	94,80%
5	9	173	5,20%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Confor.11.4

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	3	3	1,73%	1,73%
2	41	44	23,70%	25,43%
3	97	141	56,07%	81,50%
4	31	172	17,92%	99,42%
5	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Bairro. 11.5

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	1	1	0,58%	0,58%
2	74	75	42,77%	43,35%
3	92	167	53,18%	96,53%
4	5	172	2,89%	99,42%
5	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Graffard.11.6

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
7	1	1	0,58%	0,58%
8	4	5	2,31%	2,89%
9	15	20	8,67%	11,56%
10	10	30	5,78%	17,34%
11	10	40	5,78%	23,12%
12	6	46	3,47%	26,59%

13	8	54	4,62%	31,21%
14	10	64	5,78%	36,99%
15	13	77	7,51%	44,51%
16	17	94	9,83%	54,34%
17	21	115	12,14%	66,47%
18	22	137	12,72%	79,19%
19	20	157	11,56%	90,75%
20	12	169	6,94%	97,69%
21	2	171	1,16%	98,84%
23	1	172	0,58%	99,42%
25	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

NSEC.11.6a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
7	3	3	1,73%	1,73%
8	11	14	6,36%	8,09%
9	3	17	1,73%	9,83%
10	5	22	2,89%	12,72%
11	12	34	6,94%	19,65%
12	7	41	4,05%	23,70%
13	5	46	2,89%	26,59%
14	11	57	6,36%	32,95%
15	5	62	2,89%	35,84%
16	13	75	7,51%	43,35%
17	17	92	9,83%	53,18%
18	20	112	11,56%	64,74%
19	16	128	9,25%	73,99%
20	13	141	7,51%	81,50%
21	16	157	9,25%	90,75%
22	13	170	7,51%	98,27%
23	1	171	0,58%	98,84%
24	1	172	0,58%	99,42%
25	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Plan.12a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	58	58	33,53%	33,53%
Sim	115	173	66,47%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Desej.12b

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	20	20	11,56%	11,56%
Sim	153	173	88,44%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Vigil.13a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	172	172	99,42%	99,42%
Não	11	173	6,36%	100,00%

NS/NR	0	173	0,00%	100,00%
-------	---	-----	-------	---------

Desde. 13br

Categoría	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	81	81	46,82%	46,82%
2	52	133	30,06%	76,88%
3	25	158	14,45%	91,33%
4	12	170	6,94%	98,27%
5	1	171	0,58%	98,84%
6	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Porque.13c

Categoría	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Nómada	1	1	0,58%	0,58%
NS/NR	172	173	99,42%	100,00%

Lugar. 14

Categoría	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
CS+H	44	44	25,43%	25,43%
CS+MP	19	63	10,98%	36,42%
MP+H	4	67	2,31%	38,73%
CS	44	111	25,43%	64,16%
H	9	120	5,20%	69,36%
MP	49	169	28,32%	97,69%
CS+MP+H	3	172	1,73%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Consultas.15

Categoría	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
3	1	1	0,58%	0,58%
4	3	4	1,73%	2,31%
5	3	7	1,73%	4,05%
6	16	23	9,25%	13,29%
7	21	44	12,14%	25,43%
8	32	76	18,50%	43,93%
9	31	107	17,92%	61,85%
10	52	159	30,06%	91,91%
11	4	163	2,31%	94,22%
12	6	169	3,47%	97,69%
13	1	170	0,58%	98,27%
20	1	171	0,58%	98,84%
26	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Probl.16

Categoría	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sem	151	151	87,28%	87,28%
Com	22	173	12,72%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Quais.16a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Anemia	1	1	0,58%	0,58%
APP	5	6	2,89%	3,47%
Asma, bronquite	1	7	0,58%	4,05%
Contrações às 30 semanas	1	8	0,58%	4,62%
Diabetes	8	16	4,62%	9,25%
Diabetes, anemia	1	17	0,58%	9,83%
Diabetes, infecções urinárias	1	18	0,58%	10,40%
Edemas	1	19	0,58%	10,98%
Metrorragias	3	22	1,73%	12,72%
NS/NR	151	173	87,28%	100,00%

Seman.17

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
32	1	1	0,58%	0,58%
37	6	7	3,47%	4,05%
38	22	29	12,72%	16,76%
39	57	86	32,95%	49,71%
40	63	149	36,42%	86,13%
41	21	170	12,14%	98,27%
42	2	172	1,16%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Gravid.18

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Simplex	171	171	98,84%	98,84%
Gemelar	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

DiaSem.19a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Segunda	17	17	9,83%	9,83%
Terça	47	64	27,17%	36,99%
Quarta	28	92	16,18%	53,18%
Quinta	22	114	12,72%	65,90%
Sexta	24	138	13,87%	79,77%
Sábado	16	154	9,25%	89,02%
Domingo	19	173	10,98%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Local.20

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
H	173	173	100,00%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Dias.20a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
2	71	71	41,04%	41,04%
3	13	84	7,51%	48,55%

4	85	169	49,13%	97,69%
5	3	172	1,73%	99,42%
6	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Tipo.21

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
For	4	4	2,31%	2,31%
Eut	74	78	42,77%	45,09%
Ces	93	171	53,76%	98,84%
Ven	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Cesariana

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	80	80	46,24%	46,24%
Sim	93	173	53,76%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Eutócico

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	99	99	57,23%	57,23%
Sim	74	173	42,77%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Sexo.22

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
F	90	90	52,02%	52,02%
M	81	171	46,82%	98,84%
F+F	1	172	0,58%	99,42%
M+F	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Apgar.23.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
5	2	2	1,16%	1,16%
7	1	3	0,58%	1,73%
8	35	38	20,23%	21,97%
9	109	147	63,01%	84,97%
10	26	173	15,03%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Apgar.23.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
7	1	1	0,58%	0,58%
9	3	4	1,73%	2,31%
10	169	173	97,69%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Apgar.23.1a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
-----------	----	--------------	---	-------------

		da		
8	2	2	1,16%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Apgar.23.2a

Categoria	Fa	Fa acumula- da	%	% acumulada
10	2	2	1,16%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Peso.24.1

Categoria	Fa	Fa acumula- da	%	% acumulada
1860	1	1	0,58%	0,58%
2090	1	2	0,58%	1,16%
2100	1	3	0,58%	1,73%
2170	1	4	0,58%	2,31%
2260	1	5	0,58%	2,89%
2270	1	6	0,58%	3,47%
2480	1	7	0,58%	4,05%
2490	1	8	0,58%	4,62%
2540	1	9	0,58%	5,20%
2570	2	11	1,16%	6,36%
2590	1	12	0,58%	6,94%
2600	1	13	0,58%	7,51%
2640	1	14	0,58%	8,09%
2660	2	16	1,16%	9,25%
2670	2	18	1,16%	10,40%
2740	1	19	0,58%	10,98%
2770	2	21	1,16%	12,14%
2800	1	22	0,58%	12,72%
2810	1	23	0,58%	13,29%
2820	1	24	0,58%	13,87%
2850	2	26	1,16%	15,03%
2910	1	27	0,58%	15,61%
2990	1	28	0,58%	16,18%
3000	6	34	3,47%	19,65%
3020	1	35	0,58%	20,23%
3030	4	39	2,31%	22,54%
3040	1	40	0,58%	23,12%
3050	1	41	0,58%	23,70%
3060	2	43	1,16%	24,86%
3070	1	44	0,58%	25,43%
3080	2	46	1,16%	26,59%
3100	6	52	3,47%	30,06%
3110	2	54	1,16%	31,21%
3120	1	55	0,58%	31,79%
3130	1	56	0,58%	32,37%
3140	5	61	2,89%	35,26%
3150	3	64	1,73%	36,99%
3160	3	67	1,73%	38,73%
3170	2	69	1,16%	39,88%
3180	1	70	0,58%	40,46%
3190	1	71	0,58%	41,04%
3200	4	75	2,31%	43,35%

3220	1	76	0,58%	43,93%
3230	3	79	1,73%	45,66%
3250	3	82	1,73%	47,40%
3260	1	83	0,58%	47,98%
3270	3	86	1,73%	49,71%
3280	1	87	0,58%	50,29%
3290	1	88	0,58%	50,87%
3300	6	94	3,47%	54,34%
3310	3	97	1,73%	56,07%
3320	3	100	1,73%	57,80%
3332	1	101	0,58%	58,38%
3340	1	102	0,58%	58,96%
3350	4	106	2,31%	61,27%
3390	3	109	1,73%	63,01%
3400	2	111	1,16%	64,16%

Peso.24.1 a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1460	1	1	0,58%	0,58%
2410	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Estat.24.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
37	1	1	0,58%	0,58%
42	1	2	0,58%	1,16%
43	1	3	0,58%	1,73%
44	1	4	0,58%	2,31%
45	3	7	1,73%	4,05%
46	7	14	4,05%	8,09%
47	10	24	5,78%	13,87%
48	23	47	13,29%	27,17%
49	55	102	31,79%	58,96%
50	47	149	27,17%	86,13%
51	17	166	9,83%	95,95%
52	6	172	3,47%	99,42%
53	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Estat.24.2a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
40,5	1	1	0,58%	0,58%
45	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

PCef.24.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
31	2	2	1,16%	1,16%
32	7	9	4,05%	5,20%
33	17	26	9,83%	15,03%
33,5	3	29	1,73%	16,76%
34	70	99	40,46%	57,23%

35	48	147	27,75%	84,97%
35,5	1	148	0,58%	85,55%
36	19	167	10,98%	96,53%
37	4	171	2,31%	98,84%
38	1	172	0,58%	99,42%
63	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

PCef.24.3a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
28,5	1	1	0,58%	0,58%
33	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Patologia.25

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	169	169	97,69%	97,69%
Sim	4	4	2,31%	2,31%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Qual.25.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
sopro	1	1	0,58%	0,58%
prematurados	1	2	0,58%	1,16%
sindactilia	1	3	0,58%	1,73%
fenda palatina	1	4	0,58%	2,31%
NS/NR	169	173	97,69%	100,00%

Quarto.26

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	166	166	95,95%	95,95%
Não	7	173	4,05%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Porque.26.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
sopro	2	2	1,16%	1,16%
prematurados	1	3	0,58%	1,73%
icterícia	2	5	1,16%	2,89%
desidratação	1	6	0,58%	3,47%
fenda palatina	1	7	0,58%	4,05%
NS/NR	166	173	95,95%	100,00%

Intern.27

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	166	166	95,95%	95,95%
Sim	7	173	4,05%	100,00%
NS/NR	0	0	0,00%	0,00%

Motivo.27

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
sopro	1	1	0,58%	0,58%
sopro sistólico	1	2	0,58%	1,16%
prematturos	1	3	0,58%	1,73%
icterícia	2	5	1,16%	2,89%
desidratação	1	6	0,58%	3,47%
fenda palatina	1	7	0,58%	4,05%
NS/NR	166	173	95,95%	100,00%

Dias.27.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	1	1	0,58%	0,58%
3	1	2	0,58%	1,16%
4	2	4	1,16%	2,31%
5	1	5	0,58%	2,89%
8	1	6	0,58%	3,47%
15	1	7	0,58%	4,05%
NS/NR	166	173	95,95%	100,00%

AM-int.28

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	171	171	98,84%	98,84%
Não	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Não.28.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
o bebé não pegava no peito	1	1	0,58%	0,58%
por falta de leite	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Alim.29

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
LM	138	138	79,77%	79,77%
LM+LA	33	171	19,08%	98,84%
LA	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

AM-exclusivo

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	138	138	79,77%	79,77%
Não	35	173	20,23%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Razão.30

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
leite materno insuficiente	24	24	13,87%	13,87%
internamento	1	25	0,58%	14,45%
estava no bloco operatório	1	26	0,58%	15,03%

não pegava no peito	5	31	2,89%	17,92%
mamilo mal formado	3	34	1,73%	19,65%
não pegava no leite	1	35	0,58%	20,23%
NS/NR	138	173	79,77%	100,00%

AM-ant.31

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	611	61	353,18%	35,26%
Não	14	75	8,09%	43,35%
NS/NR	98	173	56,65%	100,00%

Sim.31 a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
dois anos porque o leite era bom, alimentava bem	1	1	0,58%	0,58%
porque tem todas as vantagens	1	2	0,58%	1,16%
é o melhor e o mais barato	3	5	1,73%	2,89%
é o leite mais indicado	2	7	1,16%	4,05%
melhora as defesas do bebé e a proximidade da mãe e filho	1	8	0,58%	4,62%
mais indicado	1	9	0,58%	5,20%
mas era fraco	1	10	0,58%	5,78%
Tinha muito leite	8	18	4,62%	10,40%
é melhor que o outro	1	19	0,58%	10,98%
é barato	1	20	0,58%	11,56%
é o mais saudável	3	23	1,73%	13,29%
tinha leite e é bom	1	24	0,58%	13,87%
é o melhor alimento	4	28	2,31%	16,18%
é o melhor para o bebé	2	30	1,16%	17,34%
porque é o melhor alimento	1	31	0,58%	17,92%
tenho muito leite	1	32	0,58%	18,50%
exemplo materno	1	33	0,58%	19,08%
porque tinha muito leite	1	34	0,58%	19,65%
é o melhor e mais barato	1	35	0,58%	20,23%
é o melhor	7	42	4,05%	24,28%
evita alergias	1	43	0,58%	24,86%
é o mais importante para o bebé	1	44	0,58%	25,43%
conselho dos médicos e enfermeiros	1	45	0,58%	26,01%
para bem dele	1	46	0,58%	26,59%
tinha muito leite e era bom	1	47	0,58%	27,17%
tinha leite	4	51	2,31%	29,48%
higiénico e está sempre pronto	1	52	0,58%	30,06%
previne muitas doenças	1	53	0,58%	30,64%
aconselharam-me a dar	1	54	0,58%	31,21%
tinha leite, é essencial para o seu desenvolvimento	1	55	0,58%	31,79%
é o melhor alimento e o mais económico	1	56	0,58%	32,37%
porque tinha leite	1	57	0,58%	32,95%
tinha leite e era o mais saudável	1	58	0,58%	33,53%
tinha muito leite e era o melhor alimento	1	59	0,58%	34,10%
tinha leite e é o melhor alimento	1	60	0,58%	34,68%
tem todas as vantagens para o bebé	1	61	0,58%	35,26%
NS/NR	112	173	64,74%	100,00%

Não.31b

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
-----------	----	--------------	---	-------------

	da			
Dificuldade de adaptação ao seio	1	1	0,58%	0,58%
0 leite era fraco	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	2	4	1,16%	2,31%
Pouco leite	2	6	1,16%	3,47%
Tinha dores	1	7	0,58%	4,05%
não quis	1	8	0,58%	4,62%
tive fissuras	1	9	0,58%	5,20%
não tive leite	1	10	0,58%	5,78%
o trabalho não era compatível	1	11	0,58%	6,36%
não tinha leite	1	12	0,58%	6,94%
NS/NR	161	173		1

Quando.31.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
AG	36	36	20,81%	20,81%
DG	28	64	16,18%	36,99%
NS/NR	109	173	63,01%	100,00%

Decisão.31.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Própria+M/E	2	2	1,16%	1,16%
Própria	58	60	33,53%	34,68%
Própria+PF	2	62	1,16%	35,84%
Própria+CO	1	63	0,58%	36,42%
M/E	1	64	0,58%	36,99%
NS/NR	109	173	63,01%	100,00%

Quem.31.2.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
familiares	1	1	0,58%	0,58%
NS/NR	172	173	99,42%	100,00%

Inform.32

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	72	72	41,62%	41,62%
Sim	101	173	58,38%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Quando.32.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	22	22	12,72%	12,72%
2	65	87	37,57%	50,29%
3	2	89	1,16%	51,45%
12	8	97	4,62%	56,07%
13	1	98	0,58%	56,65%
23	2	100	1,16%	57,80%
123	1	101	0,58%	58,38%
NS/NR	72	173	41,62%	100,00%

Meio.32.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	15	15	8,67%	8,67%
3	1	16	0,58%	9,25%
4	2	18	1,16%	10,40%
5	1	19	0,58%	10,98%
10	1	20	0,58%	11,56%
39142	1	21	0,58%	12,14%
3568	4	25	2,31%	14,45%
38777	3	28	1,73%	16,18%
345678	2	30	1,16%	17,34%
145678	1	31	0,58%	17,92%
38840	16	47	9,25%	27,17%
35781011	1	48	0,58%	27,75%
15910	1	49	0,58%	28,32%
38047	2	51	1,16%	29,48%
1345	1	52	0,58%	30,06%
38841	1	53	0,58%	30,64%
38871	1	54	0,58%	31,21%
134910	1	55	0,58%	31,79%
38412	6	61	3,47%	35,26%
40269	1	62	0,58%	35,84%
38749	14	76	8,09%	43,93%
39022	1	77	0,58%	44,51%
3678	1	78	0,58%	45,09%
38808	3	81	1,73%	46,82%
38930	2	83	1,16%	47,98%
39539	1	84	0,58%	48,55%
1346810	1	85	0,58%	49,13%
12358	1	86	0,58%	49,71%
2345678	1	87	0,58%	50,29%
1348	1	88	0,58%	50,87%
141011	1	89	0,58%	51,45%
13410	1	90	0,58%	52,02%
3458	2	92	1,16%	53,18%
38445	1	93	0,58%	53,76%
40030	1	94	0,58%	54,34%
12589	1	95	0,58%	54,91%
38808	1	96	0,58%	55,49%
38902	1	97	0,58%	56,07%
38934	1	98	0,58%	56,65%
134578	1	99	0,58%	57,23%
39571	2	101	1,16%	58,38%
NS/NR	72	173	41,62%	100,00%

Quais.32.2a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não indica	3	3	1,73%	1,73%
NS/NR	170	173	98,27%	100,00%

Assuntos.32.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	52	52	30,06%	30,06%

12	19	71	10,98%	41,04%
13	2	73	1,16%	42,20%
14	3	76	1,73%	43,93%
NS/NR	1	77	0,58%	44,51%
123	11	88	6,36%	50,87%
124	10	98	5,78%	56,65%
1234	3	101	1,73%	58,38%
NS/NR	72	173	41,62%	100,00%

Esclarecimento.32.4

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	1	1	0,58%	0,58%
2	14	15	8,09%	8,67%
3	65	80	37,57%	46,24%
4	16	96	9,25%	55,49%
5	4	100	2,31%	57,80%
Ausente	1	101	0,58%	58,38%
NS/NR	72	173	41,62%	100,00%

MaisInfor.33

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	165	165	95,38%	95,38%
Não	8	173	4,62%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Apoio.34

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	157	157	90,75%	90,75%
Não	16	173	9,25%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Quem.34.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Enf	158	158	91,33%	91,33%
Ped	1	159	0,58%	91,91%
NS/NR	14	173	8,09%	100,00%

Contacto.35

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
3H	147	147	84,97%	84,97%
SP	21	168	12,14%	97,11%
24H	5	173	2,89%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Motivo.35.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Internado na neonatologia	2	2	1,16%	1,16%
transferência de hospital	1	3	0,58%	1,73%
demora a reagir à anestesia	1	4	0,58%	2,31%

não se sentia bem	1	5	0,58%	2,89%
NS/NR	168	173	97,11%	100,00%

Adapt.36

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1h	81	81	46,82%	46,82%
A3h	87	168	50,29%	97,11%
D3h	4	172	2,31%	99,42%
Ausente	1	173	0,58%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

1aHora.36a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	81	81	46,82%	46,82%
Não	92	173	53,18%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Motivo.36.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
cesariana	88	88	50,87%	50,87%
internado	1	89	0,58%	51,45%
estava cansada	1	90	0,58%	52,02%
transferência de hospital	1	91	0,58%	52,60%
fórceps	1	92	0,58%	53,18%
NS/NR	81	173	46,82%	100,00%

Agrado.37

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	3	3	1,73%	1,73%
2	8	11	4,62%	6,36%
3	74	85	42,77%	49,13%
4	32	117	18,50%	67,63%
5	55	172	31,79%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Activo.38.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	128	128	73,99%	73,99%
Não	44	172	25,43%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Colab.38.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	123	123	71,10%	71,10%
Não	48	171	27,75%	98,84%
Ausente	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Tranq.38.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
-----------	----	--------------	---	-------------

Sim	145	145	83,82%	83,82%
Não	26	171	15,03%	98,84%
Ausente	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Irrit.38.4

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	157	157	90,75%	90,75%
Sim	14	171	8,09%	98,84%
Ausente	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Sonol.38.5

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	99	99	57,23%	57,23%
Sim	72	171	41,62%	98,84%
Ausente	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Indisp.38.6

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	166	166	95,95%	95,95%
Sim	5	171	2,89%	98,84%
Ausente	1	172	0,58%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

Continuar.39

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	168	168	97,11%	97,11%
Não	4	172	2,31%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

RazãoSim.39a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
está sempre pronto e é económico	1	1	0,58%	0,58%
é o mais saudável	18	19	10,40%	10,98%
previne doenças	4	23	2,31%	13,29%
só tem vantagens	1	24	0,58%	13,87%
é bom e económico	3	27	1,73%	15,61%
é bom e dá menos trabalho	2	29	1,16%	16,76%
é bom para o bebé	6	35	3,47%	20,23%
é o melhor	85	120	49,13%	69,36%
pelas defesas, contacto e está sempre pronto	1	121	0,58%	69,94%
porque faz bem	1	122	0,58%	70,52%
está sempre pronto	1	123	0,58%	71,10%
continuo a ter leite	10	133	5,78%	76,88%
NS/NR	4	137	2,31%	79,19%
tem disponibilidade	1	138	0,58%	79,77%
é o mais económico	3	141	1,73%	81,50%
faz bem	1	142	0,58%	82,08%
é o alimento ideal	3	145	1,73%	83,82%

é gratificante/gosto de amamentar	3	148	1,73%	85,55%
é benéfico para a mãe e para o bebé	2	150	1,16%	86,71%
é mais saudável e mais barato	1	151	0,58%	87,28%
é benéfico para o bebé	1	152	0,58%	87,86%
evita muitas doenças	1	153	0,58%	88,44%
é vantajoso	2	155	1,16%	89,60%
foi informada das vantagens	1	156	0,58%	90,17%
é o melhor e o mais saudável	1	157	0,58%	90,75%
é económico e protege o bebé e a mãe	1	158	0,58%	91,33%
é sempre benéfico	1	159	0,58%	91,91%
é mais higiénico	1	160	0,58%	92,49%
estou em casa	1	161	0,58%	93,06%
é vantajoso para mãe e filho	1	162	0,58%	93,64%
continuo a ter leite e é o mais saudável	1	163	0,58%	94,22%
continuo a ter leite e é o melhor alimento	2	165	1,16%	95,38%
é o melhor e o mais económico	1	166	0,58%	95,95%
continuo a ter leite e é económico	1	167	0,58%	96,53%
está sempre pronto, relação mais precoce	1	168	0,58%	97,11%
NS/NR	5	173	2,89%	100,00%

Razão Não.39b

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
NS/NR	173	173	100,00%	100,00%

Tempo.39.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
3	4	4	2,31%	2,31%
4	5	9	2,89%	5,20%
5	2	11	1,16%	6,36%
6	21	32	12,14%	18,50%
7	2	34	1,16%	19,65%
8	1	35	0,58%	20,23%
10	1	36	0,58%	20,81%
11	1	37	0,58%	21,39%
12	126	163	72,83%	94,22%
24	5	173	2,89%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Quando.39.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
DG	81	81	46,82%	46,82%
AG	72	153	41,62%	88,44%
DP	15	168	8,67%	97,11%
NS/NR	5	173	2,89%	100,00%

Decisão.39.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Própria	161	161	93,06%	93,06%
Própria+PF	3	164	1,73%	94,80%
Própria+M/E	1	165	0,58%	95,38%
M/E	5	170	2,89%	98,27%
Própria+CO	1	171	0,58%	98,84%

NS/NR	2	172	1,16%	99,42%
-------	---	-----	-------	--------

Quem.39.3a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
mãe	1	1	0,58%	0,58%
NS/NR	172	173	99,42%	100,00%

Dificult.40

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	160	160	92,49%	92,49%
Sim	13	173	7,51%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

SimPorque.40.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
ter de dar de mamar a horas certas	1	1	0,58%	0,58%
razões profissionais	4	5	2,31%	2,89%
interrompe as actividades diárias	1	6	0,58%	3,47%
excesso de leite	2	8	1,16%	4,62%
continuar a estudar	1	9	0,58%	5,20%
para não faltar às aulas	1	10	0,58%	5,78%
NS/NR	163	173	94,22%	100,00%

Saúde.41

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	173	173	100,00%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Estética.42

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	169	169	97,69%	97,69%
Sim	4	173	2,31%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

EfeitoEst.42.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
deforma os seios	3	3	1,73%	1,73%
NS/NR	170	173	98,27%	100,00%

Sexual.43

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	170	170	98,27%	98,27%
Sim	2	172	1,16%	99,42%
NS/NR	1	173	0,58%	100,00%

EfeitoSex.43.1a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
é difícil	1	1	0,58%	0,58%
NS/NR	172	173	99,42%	100,00%

AvalGrav.44

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
2	1	1	0,58%	0,58%
3	39	40	22,54%	#VALOR!
4	63	103	36,42%	59,54%
5	70	173	40,46%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

MaisFilh.45

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	88	88	50,87%	50,87%
Sim	85	173	49,13%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

RazãoSim.45

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
gostava de ter 3 filhos	4	4	2,31%	2,31%
gostava de ter mais filhos	7	11	4,05%	6,36%
gosto de crianças	15	26	8,67%	15,03%
1 filho é pouco	21	47	12,14%	27,17%
gostava	1	48	0,58%	27,75%
quero ter uma menina	3	51	1,73%	29,48%
é gratificante ter filhos	2	53	1,16%	30,64%
gostei da experiência	6	59	3,47%	34,10%
quero dar um irmão ao meu filho	1	60	0,58%	34,68%
quero ter uma família numerosa	1	61	0,58%	35,26%
gostava de ter 2 filhos	15	76	8,67%	43,93%
gostava de ter 2 a 3 filhos	1	77	0,58%	44,51%
mais alegria ao lar	1	78	0,58%	45,09%
estou indecisa	2	80	1,16%	46,24%
contra filhos únicos	1	81	0,58%	46,82%
quero ter um rapaz	1	82	0,58%	47,40%
planeei 4 filhos	1	83	0,58%	47,98%
marido quer mais filhos	1	84	0,58%	48,55%
NS/NR	89	173	51,45%	100,00%

RazãoNão.45.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
este já não foi desejado	2	2	1,16%	1,16%
estou indecisa	1	3	0,58%	1,73%
experiência desagradável	2	5	1,16%	2,89%
experiência muito traumatizante	1	6	0,58%	3,47%
falta de condições económicas	12	18	6,94%	10,40%
idade	1	19	0,58%	10,98%
idade e porque foi inseminação	1	20	0,58%	11,56%
já chega (1)	3	23	1,73%	13,29%
já chega (2)	27	50	15,61%	28,90%
já chega (3)	10	60	5,78%	34,68%
já chega (4)	1	61	0,58%	35,26%
já chega (5)	1	62	0,58%	35,84%
já chega (7)	1	63	0,58%	36,42%

já chega (8)	1	64	0,58%	36,99%
já tive dois abortos e já foi difícil	1	65	0,58%	37,57%
laqueação	5	70	2,89%	40,46%
parto doloroso	6	76	3,47%	43,93%
parto doloroso e já tem 3 filhos	1	77	0,58%	44,51%
passei por vários problemas	1	78	0,58%	45,09%
profissão e conforto pessoal	3	81	1,73%	46,82%
sou solteira	1	82	0,58%	47,40%
NS/NR	91	173	52,60%	100,00%

Peso.46.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
3150	1	1	0,58%	0,58%
4000	1	2	0,58%	1,16%
4500	1	3	0,58%	1,73%
4870	1	4	0,58%	2,31%
5000	1	5	0,58%	2,89%
5100	1	6	0,58%	3,47%
5110	1	7	0,58%	4,05%
5320	1	8	0,58%	4,62%
5470	1	9	0,58%	5,20%
5490	1	10	0,58%	5,78%
5500	2	12	1,16%	6,94%
5550	1	13	0,58%	7,51%
5590	1	14	0,58%	8,09%
5600	2	16	1,16%	9,25%
5610	1	17	0,58%	9,83%
5680	1	18	0,58%	10,40%
5700	2	20	1,16%	11,56%
5710	1	21	0,58%	12,14%
5780	1	22	0,58%	12,72%
5800	4	26	2,31%	15,03%
5850	1	27	0,58%	15,61%
5880	1	28	0,58%	16,18%
5900	3	31	1,73%	17,92%
5950	2	33	1,16%	19,08%
5980	1	34	0,58%	19,65%
6000	14	48	8,09%	27,75%
6010	1	49	0,58%	28,32%
6050	5	54	2,89%	31,21%
6080	1	55	0,58%	31,79%
6100	5	60	2,89%	34,68%
6160	1	61	0,58%	35,26%
6200	4	65	2,31%	37,57%
6300	2	67	1,16%	38,73%
6310	1	68	0,58%	39,31%
6320	1	69	0,58%	39,88%
6350	1	70	0,58%	40,46%
6390	2	72	1,16%	41,62%
6400	2	74	1,16%	42,77%
6460	1	75	0,58%	43,35%
6470	1	76	0,58%	43,93%
6490	1	77	0,58%	44,51%
6500	9	86	5,20%	49,71%

6550	2	88	1,16%	50,87%
6600	2	90	1,16%	52,02%
6630	1	91	0,58%	52,60%
6650	3	94	1,73%	54,34%
6660	1	95	0,58%	54,91%
6700	10	105	5,78%	60,69%
6740	1	106	0,58%	61,27%
6750	3	109	1,73%	63,01%
6780	1	110	0,58%	63,58%
6800	9	119	5,20%	68,79%
6850	3	122	1,73%	70,52%
6900	4	126	2,31%	72,83%
6950	2	128	1,16%	73,99%
6970	1	129	0,58%	74,57%
7000	17	146	9,83%	84,39%

Peso.46.1 a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
3850	1	1	0,58%	0,58%
5600	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Estat.46.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
52	2	2	1,16%	1,16%
53	1	3	0,58%	1,73%
54	1	4	0,58%	2,31%
57	2	6	1,16%	3,47%
58	4	10	2,31%	5,78%
59	5	15	2,89%	8,67%
59,5	3	18	1,73%	10,40%
60	25	43	14,45%	24,86%
60,5	1	44	0,58%	25,43%
61	34	78	19,65%	45,09%
61,5	2	80	1,16%	46,24%
62	18	98	10,40%	56,65%
62,5	4	102	2,31%	58,96%
63	14	116	8,09%	67,05%
63,5	1	117	0,58%	67,63%
64	10	127	5,78%	73,41%
65	29	156	16,76%	90,17%
66	12	168	6,94%	97,11%
67	5	173	2,89%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Estat.46.2a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
53	1	1	0,58%	0,58%
53,5	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

PCef.46.3

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
30	1	1	0,58%	0,58%
35	1	2	0,58%	1,16%
37	2	4	1,16%	2,31%
38	5	9	2,89%	5,20%
39	6	15	3,47%	8,67%
40	18	33	10,40%	19,08%
40,5	5	38	2,89%	21,97%
41	31	69	17,92%	39,88%
41,2	1	70	0,58%	40,46%
41,5	7	77	4,05%	44,51%
42	25	102	14,45%	58,96%
42,5	1	103	0,58%	59,54%
43	37	140	21,39%	80,92%
43,4	1	141	0,58%	81,50%
44	20	161	11,56%	93,06%
44,5	1	162	0,58%	93,64%
45	5	167	2,89%	96,53%
47	1	168	0,58%	97,11%
48	2	170	1,16%	98,27%
49	1	171	0,58%	98,84%
50	2	173	1,16%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

PCef.46.3a

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
29	1	1	0,58%	0,58%
40	1	2	0,58%	1,16%
NS/NR	171	173	98,84%	100,00%

Saudável.47

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	162	162	93,64%	93,64%
Não	11	173	6,36%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Patologia.47.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
angioma	1	1	0,58%	0,58%
bronquiolite	1	2	0,58%	1,16%
cólicas e obstipação	1	3	0,58%	1,73%
hérnia	1	4	0,58%	2,31%
infecção respiratória	1	5	0,58%	2,89%
infecção urinária	1	6	0,58%	3,47%
obstrução renal	1	7	0,58%	4,05%
problemas respiratórios	3	10	1,73%	5,78%
varicela, hérnia	1	11	0,58%	6,36%
NS/NR	162	173	93,64%	100,00%

AM.48

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
-----------	----	--------------	---	-------------

	da			
Não	59	59	34,10%	34,10%
Sim	114	173	65,90%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Mês.48.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
0,033	3	3	1,73%	1,73%
0,133	2	5	1,16%	2,89%
0,167	1	6	0,58%	3,47%
0,200	1	7	0,58%	4,05%
0,330	1	8	0,58%	4,62%
0,333	1	9	0,58%	5,20%
0,400	1	10	0,58%	5,78%
0,500	3	13	1,73%	7,51%
0,533	2	15	1,16%	8,67%
1,000	9	24	5,20%	13,87%
1,500	2	26	1,16%	15,03%
2,000	9	35	5,20%	20,23%
2,500	5	40	2,89%	23,12%
3,000	14	54	8,09%	31,21%
3,500	59	113	34,10%	65,32%
NS/NR	114	227	65,90%	131,21%

Dia.48.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	3	3	1,73%	1,73%
4	2	5	1,16%	2,89%
5	1	6	0,58%	3,47%
6	1	7	0,58%	4,05%
10	2	9	1,16%	5,20%
12	1	10	0,58%	5,78%
15	3	13	1,73%	7,51%
16	2	15	1,16%	8,67%
30	9	24	5,20%	13,87%
45	2	26	1,16%	15,03%
60	9	35	5,20%	20,23%
75	5	40	2,89%	23,12%
90	14	54	8,09%	31,21%
105	5	59	2,89%	34,10%
NS/NR	114	173	65,90%	100,00%

Razões Não.49

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
doença da mãe (infecção pulmonar)	1	1	0,58%	0,58%
doença da mãe (mastite)	4	5	2,31%	2,89%
doença da mãe (meningite)	1	6	0,58%	3,47%
horário das aulas	2	8	1,16%	4,62%
ingurgitamento mamário	1	9	0,58%	5,20%
não tinha/deixou de ter leite suficiente	40	49	23,12%	28,32%
o bebê não engordava	3	52	1,73%	30,06%
o bebê recusava o peito	3	55	1,73%	31,79%

razões profissionais	4	59	2,31%	34,10%
NS/NR	114	173	65,90%	100,00%

RazõesSim.50

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
é a melhor solução	1	1	0,58%	0,58%
é bom para o bebé	3	4	1,73%	2,31%
é económico e bom	1	5	0,58%	2,89%
é fundamental para a saúde	1	6	0,58%	3,47%
é gratificante para mim	1	7	0,58%	4,05%
é o mais económico	1	8	0,58%	4,62%
é o mais fácil e mais económico	1	9	0,58%	5,20%
é o mais saudável	5	14	2,89%	8,09%
é o mais saudável e económico	1	15	0,58%	8,67%
é o melhor e o mais económico	2	17	1,16%	9,83%
é o melhor e o mais económico e está sempre pronto	3	20	1,73%	11,56%
é o melhor para o bebé	16	36	9,25%	20,81%
é saudável e não dá trabalho	1	37	0,58%	21,39%
é saudável para o bebé	15	52	8,67%	30,06%
o bebé cria mais defesas	2	54	1,16%	31,21%
o bebé está a desenvolver-se bem	10	64	5,78%	36,99%
o bebé fica satisfeito	7	71	4,05%	41,04%
tenho leite	36	107	20,81%	61,85%
tenho leite e estou em casa	1	108	0,58%	62,43%
tenho muito leite	6	114	3,47%	65,90%
NS/NR	59	173	34,10%	100,00%

Apoio.51

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Não	94	94	54,34%	54,34%
Sim	79	173	45,66%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

Quem.51.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
1	6	6	3,47%	3,47%
3	25	31	14,45%	17,92%
12	2	33	1,16%	19,08%
13	14	47	8,09%	27,17%
23	6	53	3,47%	30,64%
123	12	79	6,94%	45,66%
1234+irmã	1	58	0,58%	33,53%
1234+pai	1	57	0,58%	32,95%
134+irmã	1	67	0,58%	38,73%
134+pai	1	63	0,58%	36,42%
134+peças amigas	1	59	0,58%	34,10%
14+filha	1	65	0,58%	37,57%
34+sogra	3	62	1,73%	35,84%
34+tia	1	64	0,58%	36,99%
4+sogra	1	66	0,58%	38,15%
cunhada/irmã	1	56	0,58%	32,37%
irmã	2	55	1,16%	31,79%
NS/NR	94	173	54,34%	100,00%

RefInf.52

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	145	145	83,82%	83,82%
Não	28	173	16,18%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

MaisInfor.53

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
Sim	147	147	84,97%	84,97%
Não	26	173	15,03%	100,00%
NS/NR	0	173	0,00%	100,00%

SimPorque.53.1

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
a informação no hospital foi insuficiente	1	1	0,58%	0,58%
é importante estar informada/actualizada	139	140	80,35%	80,92%
gostaria de saber se previne doenças como o cancro	1	141	0,58%	81,50%
há sempre estudos novos	1	147	0,58%	84,97%
para conhecer melhor as vantagens e como evitar as gretas	1	147	0,58%	84,97%
penso ter mais filhos	2	144	1,16%	83,24%
porque era o 1o filho precisava de mais informação	2	146	1,16%	84,39%
NS/NR	26	173	15,03%	100,00%

NãoPorque.53.2

Categoria	Fa	Fa acumulada	%	% acumulada
não estou a amamentar	13	13	7,51%	7,51%
não estou a amamentar e não quero ter mais filhos	3	16	1,73%	9,25%
não quero ter mais filhos	9	25	5,20%	14,45%
não tenho quem me informe	1	26	0,58%	15,03%
NS/NR	147	173	84,97%	100,00%

